

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

189
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Christian DAVID

Diplômé d'Études supérieures de Philosophie

Né le 8 avril 1929, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

196

L'ATTITUDE CONCEPTUELLE
EN
MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alain, Christian DAVID

Diplômé d'Études supérieures de Philosophie

Né le 8 avril 1929, à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

196

L'ATTITUDE CONCEPTUELLE
EN
MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Président : M. DELAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
» » (Prof. à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof. à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	N...
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	MOULONGUET (P.)
Salpêtrière	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Tenon	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N...
Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DE GENNES (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	MERGER (R.)
Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N...
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N...
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof. à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	DE SÈZE (S.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» (Prof. à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Prof. à titre personnel)	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» (Prof. à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Prof. à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Prof. à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (Prof. à titre personnel)	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» (Prof. à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	CABROL (C.)
»	COUINAUD (C.)
»	OLIVIER (G.)
Anatomie	GAUTHIER-VILLARS
pathologique	(Mlle P.) pr. s. ch.

MM.

Anatomie	BUSSER (F.)
pathologique	GOUYGOU (Ch.)
»	ORCEL (L.)
»	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)

MM.

Bactériologie . . .	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
Biologie appl. à l'Educat. phys. et aux Sports . .	PLAS (F.)
Carcinologie . . .	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato- Syphiligraphie . .	DUPERRAT (B.)
Electro- Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie . . .	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	{ COIJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i> MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . . .	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.)
Obstétrique . . .	{ MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie . .	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino- laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . .	CHABAUD (A.)
	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.)
Pathologie chirurgicale . . .	{

MM.

Pathologie chirurgicale . . .	{ LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i> CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) <i>pr. s. ch.</i> ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Pathologie médicale	{
Pédiatrie- Puériculture . . .	{ JOSEPH (R.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.)
Pharmacologie . .	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie . . .	DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i> <i>pr. s. ch.</i> KELLERSHOHN
Pneumo- Phtisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
Stomatologie . . .	{ CERNÉA (P.) CHAPUT (Mme A.) <i>m. conf. agr.</i> GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique	{ GRASSET (J.)
		obstétricale . .	{ MAYER (M.)
			{ RAVINA (J.)
Clinique	{ ABOULKER (P.)	Clinique	{ DESVIGNES (P.)
chirurgicale . .	{ AMELINE (A.) <i>pr. s. ch.</i>	ophtalmologique	{ OFFRET (G.)
	{ HUGUIER (J.)		
	{ OLIVIER (C.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	{ PADOVANI (P.)	Clin. pédiatrique	
	{ POILLEUX (F.)	et puériculture	LAPLANE (R.)
	{ ROUX (M.)	Clinique	
	{ VERNE (J.-M.)	psychiatrique .	BARUK (H.)
Clinique	{ DOMART (A.)	Clinique	
médicale	{ PERRAULT (M.)	urologique . . .	KUSS (R.)
	{ RAMBERT (P.)	Médecine légale	GAULTIER
	{ THIEFFRY (S.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	{ Mme BEURLAND (H.),
	{ Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	{ Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
	{ QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE HENRI DANJOU

ET A MADAME H. DANJOU

AU DOCTEUR LOUIS FRANÇOIS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Directeur de l'Institut de Psychologie
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de bien
vouloir accepter la présidence de notre
thèse.*

*En témoignage de notre profond respect
et de notre gratitude.*

AU DOCTEUR S. NACHT

Il nous a dispensé un enseignement incomparable et irremplaçable.

Nous l'en remercions chaleureusement.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR M. BOUVET

Au DOCTEUR S. LEBOVICI

Ils ont présidé à notre formation psychanalytique.

Nous leur témoignons notre vive gratitude et tout notre respect.

AU DOCTEUR P. MARTY

*Son riche et vivant enseignement nous a
initié à la Médecine psychosomatique.*

*Qu'il veuille bien croire à notre recon-
naissance et à notre respectueuse amitié.*

AU DOCTEUR M. DE M'UZAN

*Auquel ce travail doit tant.
En gage de fidèle amitié.*

A PIERRE LAZAREFF ET CHARLES GOMBAULT

En témoignage de notre admirative amitié et de notre gratitude.

AVANT-PROPOS

L'intérêt et l'actualité de tout ce qui a trait à la médecine psychosomatique ne sont pas les seuls ni les plus importants motifs qui m'ont incité à proposer ici quelques remarques de caractère essentiellement épistémologique. Mes goûts et ma formation originels : philosophiques ; la voie particulière : psychanalytique, que, dès avant le début de mes études médicales, j'ai choisie, les expliquent bien mieux. Mais ces conditions personnelles ne sont pas mes seules ni, je pense, mes meilleures raisons.

Il me semble en effet que l'étude méthodologique, souvent plus utile que certains ne seraient tentés de le croire, se révèle, en matière de médecine psychosomatique, comme tout particulièrement nécessaire. Non pas qu'on ne s'y soit employé : maints travaux — la plupart étrangers, mais certains même, français — en témoignent. Cependant la persistance des malentendus, des incohérences, de la confusion, de la réticence, laissent penser que, dans cette direction, beaucoup reste à faire.

L'accumulation et la diffusion des observations cliniques risquent en effet de demeurer peu fructueuses pour le développement de l'approche psychosomatique et sa meilleure compréhension, si celle-ci ne peut se référer à une vue claire de ses implications, de ses fondements, de ses notions cardinales, de ses postulats, de ses visées. Or cela est-il possible sans un examen radical de son cadre conceptuel ?

Les pages qui suivent n'ont d'autre intention que de souligner l'urgence d'un tel examen et d'en suggérer la fécondité.

Première partie

« Une conception globaliste et dynamique de l'organisme cherche à échapper au dilemme, dualisme ou matérialisme, en considérant l'être humain dans sa totalité. L'organisme serait une intégration de forces issues d'une même énergie vitale où l'esprit ne s'oppose au corps que comme la force organisante à la structure organisée, ou encore comme deux niveaux différents de la transformation d'une même énergie. C'est donc ici un vitalisme dont les implications médicales sont fécondes. Dans cette perspective l'ancienne opposition entre médecine du corps et médecine de l'esprit tend à disparaître pour se fondre dans une médecine holistique de l'organisme. »

JEAN DELAY

(In *Etudes de Psychologie Médicale*)

Vocabulaire commode auquel aujourd'hui tout un chacun a recours, le terme de *psychosomatique* ne revêt couramment qu'une valeur allusive. L'accord tacite qui règle son emploi et son champ d'application reste en effet généralement superficiel et masque d'importantes divergences de conception. S'agit-il au demeurant d'explicitier le sens de ce qui a voulu être par lui désigné, d'en déterminer l'étendue et les limites qu'aussitôt naissent la contradiction, l'incertitude, la confusion.

— C'est, dira-t-on, que les phénomènes en cause sont en eux-mêmes obscurs, difficiles à appréhender et que les connaissances acquises à leur propos demeurent encore trop partielles pour permettre leur pleine compréhension. La théorie au demeurant peut et doit attendre : le travail d'investigation clinique, continue-t-on, devra être longtemps poursuivi avant qu'il devienne possible de l'édifier sur des bases solides. Il n'est pour le moment que de rester au niveau du donné empirique, en prenant garde de se laisser détourner du concret par des préoccupations doctrinales qui risqueraient de fausser l'orientation des recherches.

— Sans doute, peut-on répondre, la clinique psychosomatique procède-t-elle encore à tâtons dans beaucoup de directions, sans doute l'époque des synthèses n'est-elle pas encore venue. Mais il s'agit de savoir si, lorsqu'on prétend demeurer au niveau de l'expérience brute, on a bien cette naïveté que l'on préconise. En réalité, il y a toujours une attitude conceptuelle plus ou moins élaborée, plus ou moins implicite chez tout médecin confronté avec un cas ou une question d'ordre psychosomatique, et cette attitude joue dans sa façon de procéder ou de raisonner un rôle d'autant moins négligeable qu'il est moins conscient et plus caché.

S'explicité-t-elle d'ailleurs — que de nouvelles difficultés surgissent : dans l'effort de conceptualisation, de formulation et de communication qui est fait, une brusque distance est prise par rapport au vécu clinique intuitif, un fossé se creuse où bien des prénotions, bien des préventions peuvent se glisser, qui par la suite risquent de peser sur les nouvelles investigations et risquent de les infléchir de manière vicieuse.

De toute manière, implicite ou explicite, l'attitude conceptuelle — qu'elle soit celle d'un chercheur isolé ou celle d'un groupe — préexiste à la recherche et l'influence.

Aussi paraît-il nécessaire — puisqu'il faut, tôt ou tard, inévitablement recourir à des intermédiaires notionnels — de mettre cette attitude en discussion, afin d'éviter qu'elle ne soit à l'origine d'un décalage, voire d'un divorce, entre l'expérience clinique et les schémas explicatifs susceptibles de lui être appliqués, afin surtout de neutraliser ce qui en elle s'opposerait à une saine constitution de l'objet de l'investigation. Car, et c'est peut-être là le point essentiel, comment la connaissance des phénomènes psychosomatiques pourrait-elle être approfondie si des présuppositions inavouées, quant à leur nature, à leur étendue et à leur signification, venaient dès l'origine s'interposer ?

C'est sans doute en raison de l'influence de leurs arrière-plans conceptuels que depuis l'avènement de la psychologie dynamique et sa rencontre avec la médecine, les divers mouvements psychosomatiques n'ont cessé, selon l'expression de H. EY¹, de se débattre dans des difficultés conceptuelles.

C'est par elle aussi, semble-t-il, que s'explique la méthodologie communément utilisée (recherche de corrélations entre facteurs « psychiques » et phénomènes « somatiques ») qui « oblige le chercheur à tracer des frontières artificielles au sein du champ total de son expérience » et à céder à l'illusion, « liée au processus de la réflexion », qui consiste à

« considérer une partie de ce champ comme étant dans une relation de dépendance ou de hiérarchie par rapport à une autre partie »².

Il en résulte — ainsi que le soulignent à juste titre GRINKER et ROBBINS

« qu'il n'est pas de système de référence implicite dans un des systèmes théoriques qui soit assez large pour embrasser en entier le domaine psychosomatique et donc pour expliquer de manière satisfaisante un état de santé ou de maladie »³.

Si la méconnaissance par le psychosomaticien de la relativité des résultats auxquels il aboutit est si répandue c'est, de plus, en raison des conditions particulièrement complexes de sa tâche. Il est bien difficile en effet de ne pas perdre de vue la fonction seulement pragmatique des instruments conceptuels dont on se sert lorsque l'on se

(1) H. EY, « Médecine psychosomatique et névroses d'organes », *Encyclopédie médico-chirurgicale : Psychiatrie*, t. III, 37.400 A 10.

(2) WITTKOWER et CLEGHORN, « Recent developments in Psychosomatic Medicine », pages 3-28 : Basic concepts of Psychosomatic Medicine.

(3) GRINKER et ROBBINS, « Cliniques psychosomatiques », page 36. P.U.F.

trouve en présence de phénomènes aussi ambigus que les phénomènes psychosomatiques.

Déjà le psychanalyste, quand il rentre en lui-même, constate un certain écart entre le symptôme qu'il interprète et l'interprétation qu'il en donne, écart imputable, dans le meilleur des cas, à l'hétérogénéité universelle de la connaissance et de son objet — mais il demeure que la relation par lui établie est directe et qu'elle s'inscrit dans un plan épistémologique homogène.

Pour le psychosomaticien en revanche la situation est toute autre : les symptômes qu'il observe — même leur valeur expressive étant supposée certaine — appartenant à la fois à l'ordre anatomo-physiologique et à l'ordre intentionnel, la distance est bien plus grande entre ceux-ci et la traduction qu'il en fournit. La relation établie, toute correcte que nous l'admettions, est nécessairement indirecte et doit être considérée, au point de vue épistémologique, comme hétérogène.

Or les qualités particulières de ce nouvel écart se trouvent fréquemment éludées, ce qui donne lieu à l'élaboration de positions théoriques où se trouve trahie l'originalité des faits en cause, méconnue la spécificité du psychosomatique. Tantôt la relation psychosomatique est abusivement assimilée à la relation psychanalytique : on réduit la maladie à la névrose. Ainsi Angel GARMA, en dépit de sa perspicacité clinique et de sa profondeur d'analyse, cède à son penchant personnel à la reconstruction au point d'identifier l'étiologie, la pathogénie et le sens des symptômes psychosomatiques auxquels il s'attache, à l'interprétation très élaborée qu'il en donne. On a ainsi fréquemment le sentiment qu'il prend pour le trouble dont il se propose l'étude ce qui n'est, au mieux, que son investissement secondaire, autrement dit il confond sa conception des faits avec les faits eux-mêmes, créant ainsi des enchaînements artificiels.

Tantôt au contraire, comme c'est le cas par exemple pour la conception de l'ulcère duodéal présentée par F. MAHL, la relation psychosomatique est appauvrie et dépouillée de tout sens précis. Poser l'anxiété chronique comme la cause qui, par l'intermédiaire d'une hyper-excitation vagale détermine l'ulcération, n'est-ce pas en effet se contenter d'un parallélisme psychophysiologique passe-partout et manquer la singularité de la maladie ulcéreuse ?

Par A. GARMA les symptômes sont en quelque sorte annexés au domaine psychique, à l'ordre psychonévrotique, tandis que par F. MAHL ils sont annexés au domaine somatique : dans les deux cas leur situation épistémologique particulière nous semble ignorée. La relation entre leur valeur signifiante et leur réalité biologique, que nous tenons pour hétérogène et indirecte est, dirait-on, considérée comme directe et comme homogène. Ce qu'il y a de proprement psy-

chosomatique dans les phénomènes envisagés — et sans quoi il n'aurait pas été nécessaire ni de créer le vocable ni de s'engager dans une direction de recherche véritablement nouvelle — est laissé de côté, du fait d'un gauchissement involontaire des perspectives. C'est dire à quel point il serait erroné de penser qu'il suffit d'admettre un lien entre l'affectivité d'un malade, son type particulier de réactions, sa situation conflictuelle, d'une part, et ses troubles ou son affection somatique d'autre part, pour l'avoir placé de façon intelligible et féconde dans l'ordre psychosomatique.

Reconnaître l'intentionnalité dans le symptôme ou la maladie ne suffit pas à les situer clairement et distinctement. Il faut aussi leur attribuer *leur niveau* d'intentionnalité propre : autrement on court le risque de conférer un même statut à des phénomènes de structure en réalité fort différente et de fausser le déchiffrement qu'on se propose d'en faire.

A cette fin il nous paraît d'une grande utilité de distinguer :

- 1° Un niveau *psycho-névrotique*, où la relation conflit-symptôme est directe et homogène.
Exemple : l'agoraphobie.
- 2° Un niveau *conversionnel* où cette relation reste directe — étant donnée la portée symbolique immédiate des symptômes de conversion, mais devient hétérogène.
Exemple : la cécité hystérique.
- 3° Un niveau *psychosomatique* proprement dit où la relation est à la fois hétérogène et indirecte.
Exemple : l'ulcère de l'estomac.

En effet, grâce à cette hiérarchisation, l'extension et la compréhension du concept de « Psychosomatisme », pour reprendre l'utile néologisme de PARCHEMINEY, se précisent.

On voit que, du point de vue méthodologique, la notion de conversion joue un rôle prédominant. Elle constitue pour ainsi dire l'articulation des manifestations pathologiques que nous avons en vue.

FREUD en avait bien lui-même le sentiment lorsqu'il parlait « du mystérieux saut du psychique dans le physique », cœur des problèmes épistémologiques et philosophiques posés par la Médecine psychosomatique.

Ce n'est donc que si l'on attribue à la conversion sa fonction de charnière entre les divers ordres que l'on peut éviter les glissements trompeurs de l'un à l'autre, et ne donner ni trop ni trop peu de sens « psychologique » aux manifestations pathologiques particulières sur lesquelles on s'interroge. Notons que c'est à nos yeux méconnaître

la valeur privilégiée de la conversion que de parler à propos de symptômes spécifiquement psychosomatiques « de conversion organique profonde » et corrélativement de « langage des organes » puisque devant de tels symptômes la relation qui nous a servi de critère discriminatoire est trop indirecte pour qu'il soit permis de les aligner sur des manifestations proprement conversionnelles.

Bien évidemment, les phénomènes à simple participation organique, tels que par exemple les conséquences somatiques d'affects, se situent *a fortiori* hors de l'ordre psychosomatique strict tel que nous sommes conduit à le concevoir.

Mais, pour donner au concept de psychosomaticité une compréhension plus riche, voilà que nous réduisons abusivement et arbitrairement, nous reprochera-t-on peut-être — son extension.

Au fait, quelle est-elle ? Et comment concilier l'exigence d'une définition serrée des phénomènes psychosomatiques avec le respect de leur diversité ?

* *

Ici nous achoppons à ce qu'on pourrait appeler le *dilemme nosographique*, déjà tant discuté et qui fournit encore la matière de si nombreux malentendus : y a-t-il des maladies psychosomatiques, auxquelles il faudrait réserver une place à part dans la classification nosologique, ou bien faut-il voir plus large et prôner un concept psychosomatique de la maladie elle-même ?

Mais, à en scruter les termes, il apparaît bientôt qu'il s'agit en fait davantage d'un débat scolastique que d'un dilemme réel.

Il est à remarquer en effet que formuler ce problème — et le formuler de cette manière — c'est se situer et le situer d'emblée dans la dimension psychologique. Or celle-ci ne constitue aucunement une base solide pour le résoudre. S'il n'était que de relever une incidence psychologique dans un tableau morbide pour le taxer de psychosomatique, il est manifeste que toutes les maladies pourraient être considérées comme telles ou plutôt que pourrait se trouver affirmé un concept psychosomatique général de la maladie, étant donnée l'universalité de la participation de la dimension instinctivo-affective dans une affection quelle qu'elle soit. Et, de fait, maint psychosomaticien à tel moment de sa réflexion se rallie à cette position. Mais il demeure que chacun, par ailleurs, praticien de médecine général, psychiatre et le psychosomaticien lui-même, s'accorde pour reconnaître l'existence d'une « définition opératoire usuelle du champ psychosomatique », définition qui, elle, ne recouvre pas, fort loin de là, tout le domaine de la Pathologie.

Ne prêtant pas garde à cette incohérence on voit certains même aboutir à l'individualisation d'entités nosographiques nouvelles devant constituer le groupe des affections « psychosomatiques ». En isolant ce sens nouveau de l'épithète, ils opèrent subrepticement un changement de plan. Tel, semble-t-il, ALEXANDER, qui tantôt adhère à une conception psychosomatique générale de la maladie, tantôt défend la thèse d'un groupe nosographique à diagnostic spécifique.

Ainsi s'expliquerait que l'on présente la question de l'extension du domaine psychosomatique sous le jour d'une alternative.

Mais s'il y a, comme nous le pensons, passage d'un sens du terme *psychosomatique* à un nouveau selon que l'on soutient une proposition ou l'autre du dilemme, il n'y a pas de véritable difficulté, pas d'alternative. Ne peut-on en effet concevoir les affections et les troubles dits, à juste titre, psychosomatiques, comme s'intégrant dans un cadre nosographique général rénové où il ne serait pas seulement fait place aux références anatomophysiologiques classiques, mais à un ensemble complexe de données en relation avec l'organisme envisagé selon une perspective holistique ?

« Ce concept est difficile à assimiler rapidement parce que, jusqu'à présent, les disciplines scientifiques et médicales embrassent tant de matériaux historiques, théoriques et méthodologiques que les chercheurs isolés ont dû concentrer leur attention sur un domaine ou un ensemble particulier. »

Concentration requise par les exigences de l'étude des fonctions partielles de l'organisme et qu'il n'est pas question de contester mais

« l'erreur grave qui entache l'analyse des fonctions partielles consiste à omettre de spécifier les limites de ce qu'on observe et à tenter d'interpréter les résultats des observations comme si c'était la totalité qui avait été le centre d'intérêt » ¹.

La même remarque serait valable, toutes choses égales d'ailleurs, pour les nouveaux chercheurs enclins à envisager les phénomènes morbides sous le seul angle psychologique, attitude tout aussi dangereuse et qui mène à une confusion générale.

Si l'on veut poser clairement le problème de l'extension du domaine psychosomatique il faut respecter l'existence des plans différents dans lesquels les phénomènes se situent et ne pas se satisfaire d'un axe unique de référence.

Il nous semble avec P. MARTY ² que c'est la nature du rapport de la situation conflictuelle inconsciente du malade avec sa maladie

(1) GRINKER et ROBBINS, *ouvrage cité*, pp. 72-73.

(2) « La psychanalyse d'aujourd'hui », p. 532. P.U.F., 1957.

qui peut ici le plus efficacement nous servir de schème discriminatoire : Tantôt ce rapport est *contingent* : c'est, comme nous le notons déjà plus haut, l'incidence universelle de la dimension psycho-affective sur tout épisode pathologique. A ce niveau on peut bien dire que toute maladie a un *aspect* psychosomatique, mais alors l'épithète est si pauvre de contenu que l'on peut se demander si elle mérite d'être retenue et cela d'autant plus que son utilisation dans ce sens prête à méprise avec des emplois plus appropriés.

Tantôt ce rapport est *essentiel mais non spécifique* : il existe un lien précis entre la situation conflictuelle du sujet et ses troubles, sans que l'on puisse dire davantage. On est alors, pour MARTY, devant *un malade psychosomatique*.

Tantôt, enfin, ce rapport est *essentiel et spécifique* : cette fois, on peut saisir un lien précis non seulement entre le conflit inconscient du malade et sa maladie, mais entre la nature de ce conflit et la forme même de la maladie en cause : on est ici, pour MARTY, devant *une maladie psychosomatique*.

Peu importe la valeur de ces conventions terminologiques ; ce qui compte, c'est que dans une telle perspective, il y a place à la fois pour la notion d'affections psychosomatiques spécifiques et pour un concept psychosomatique de la maladie. Il n'y a plus à faire de l'un et de l'autre les deux termes d'une alternative insoluble : ils viennent d'eux-mêmes s'intégrer dans une hiérarchie structurale. De plus, loin d'aboutir à une vue syncrétique des phénomènes pathologiques (comme c'est le cas des tenants d'un organicisme ou d'un psychologisme sectaires), une telle conception offre une image plus fidèle, plus nuancée, de la réalité morbide. Par la référence à la nature de la relation entre situation conflictuelle et maladie, un plan de clivage est trouvé, qui permet de dénoncer le dilemme nosographique — obstacle initial de la problématique psychosomatique — comme un pseudo-problème.

* *

Intimement lié au problème de l'extension du domaine dont il constitue seulement une autre face nous paraît celui du sens de l'approche psychosomatique. Or, la façon de poser ce nouvel aspect fondamental de la question est encore déterminée par la nature d'une attitude conceptuelle de base, plus ou moins consciente, mais de toute manière peu soumise à l'examen critique.

« Si l'on désigne — écrit limpide le Professeur DELAY — sous le nom de médecine *somato-psychique* l'étude de l'action du physique sur le moral et plus précisément l'organogenèse des désordres psychologiques et leur cure par des traitements soma-

tiques, le nom de médecine *psychosomatique* désignera l'étude de l'action du moral sur le physique et plus précisément la psychogénèse des désordres somatiques et leur cure par des traitements psychologiques. »

Mais cet auteur aussitôt d'ajouter que :

« il convient de ne jamais oublier qu'il s'agit là seulement de locutions commodes et qui ne préjugent d'aucune attitude philosophique sur la distinction de la psyché et du soma »¹.

Or là est un point crucial : ne constate-t-on pas en fait une tendance presque générale à oublier jusquement qu'il s'agit « de locutions commodes » ? Doit-on croire que rivés à leur attitude empirique, les médecins « s'abstiennent de métaphysique » au point non seulement de ne pas « en faire », mais aussi de ne pas « en avoir », toute implicite, discrète et inactive qu'elle paraisse ?

A notre sens, la formulation — très souvent adoptée — du sens de l'approche psychosomatique, en termes de physique et de moral, d'organogénèse et de psychogénèse (et corrélativement de thérapeutiques somatiques et de psychothérapies), n'est pas dépouillée de tout import métaphysique et celui-ci n'est pas du tout dénué d'influence ni sur les modalités de l'investigation psychosomatique ni sur l'élaboration théorique qui en est, à l'occasion, fournie.

J.-P. VALABREGA va jusqu'à dire que

« parler de psychogénèse ou d'organogénèse c'est admettre — explicitement ou implicitement — le dualisme comme principe d'explication »²,

ce dualisme soma-psyché où FREUD déjà voyait la cause de l'obscurité qui régnait, et règne encore, sur tout un aspect de la médecine.

L'intérêt porté il y a plus d'un demi-siècle à l'hystérie, l'attention croissante accordée aux troubles fonctionnels, les études psychophysiologiques sur les émotions, le conditionnement des réflexes et les névroses expérimentales, avant tout sans doute, la révélation de l'inconscient, ont eu pour effet d'imposer l'idée qu'un vaste secteur de la pathologie ne pouvait pas être expliqué en fonction du schéma étiologique classique qui dominait la médecine durant la phase mécanistique de son prodigieux essor :

Perturbation tissulaire — Lésion

— Troubles fonctionnels — Symptômes

(1) J. DELAY, « Etudes de Psychologie médicale », chap. X, p. 231.

(2) J.P. VALABREGA, « Les théories psychosomatiques », cf. p. 98. P.U.F.

Il parut suffisant de proposer le schéma inverse :

Conflit — Troubles fonctionnels — Symptômes — Lésion

Là où le cadre de référence anatomo-pathologique et toxi-infectieux se révélait caduc, on crut en trouver un nouveau, suffisamment adéquat, dans les perturbations psychologiques et fonctionnelles.

On avait seulement renversé l'étiologie en laissant intact le mode de relation étiologique lui-même, sans voir le danger qu'il pouvait y avoir à l'adopter tel quel, sommaire, unidimensionnel, régi par la relation abstraite classique de la cause et de l'effet. Conserver cette relation, c'était introduire d'entrée de jeu une dichotomie radicale et formelle dans ce qui cependant se présente, sous ses aspects les plus purs, comme une unité indissociable et par conséquent se condamner à la méconnaissance en psychosomatique du niveau le plus spécifique en même temps qu'à l'uniformisation de son spectre nosologique.

Obscurément avertis du manque de congruence foncier qui existait entre la nouvelle perspective étiologique adoptée et la structure réelle des phénomènes psychosomatiques les plus archaïques, nombreux sont ceux qui crurent y remédier en accompagnant le renversement de l'étiologie d'un « dépassement » du dualisme. L'approche psychosomatique est alors présentée comme une nouvelle conception de la pathologie qui se propose d'observer l'homme malade sous un double aspect somatique et psychique *en même temps*, comme utilisant une méthode destinée à déceler l'action et l'inter-réaction de l'un sur l'autre, mais appuyée sur la notion d'unité de l'être malade. Seulement, comment dépasser ou abandonner le dualisme alors qu'on reste tributaire du mode de penser qui y conduit ?

Les tentatives accomplies dans cette perspective ne pouvaient aboutir qu'à un échec. Celui-ci se manifeste à la fois par des insuffisances, voire des contradictions, au sein des diverses positions et par une perte de contact avec la réalité clinique.

En témoignent notamment les diverses formulations basées sur le renversement pur et simple de l'étiologie ou sur un éclectisme tel que celui d'ALEXANDER, voire sur un organicisme rénové et nuancé comme chez Henri EY.

Le schéma étiologique classique renversé apparaît comme une formule plaquée sur le fait psychosomatique et trahissant son appréhension clinique. En sautant d'une position théorique éprouvée en son domaine particulier à la position inverse, on se place à un point de vue d'où il est impossible de reconnaître la forme particulière du tableau morbide en fonction du niveau évolutif, si bien qu'on se trouve tenté de recourir aux principes d'explication des névroses là où ils

ne conviennent plus et conduit à méconnaître l'indifférenciation primitive du complexe psychosomatique, perméable cependant à un abord clinique sans préjugés.

Ces insuffisances du renversement simple du schéma étiologique classique étant devenues rapidement manifestes, c'est pour les pallier que l'on a eu recours au correctif de la multidétermination, autrement dit de la « surdétermination étiologique ». Lorsque ALEXANDER met en formule la maladie¹ :

M (maladie) = f ($a, b, c, d, e, g, \dots$) facteurs de la maladie

du fait qu'il juxtapose causes somatiques et causes psychologiques, il réalise une sorte de nivellement par le haut des manifestations morbides des divers ordres, excluant insciemment « les maladies psychosomatiques (qui cependant pour lui) constituent un groupe à diagnostic spécifique ». Exclusion inévitable, en effet, de par le recours à une discrimination entre somatique et psychologique dans un ordre où elle est inadéquate. En essayant d'adapter les principes d'explication à la complexité du donné psychosomatique, on a cru trouver une solution satisfaisante en y faisant correspondre une multiplicité de facteurs étiologiques. Or, ce faisant, il échappait que l'on projetait sur ce donné une pluralité de type quasi spatial qui ne convenait pas à sa complexité propre, qui est virtuelle et de différenciation, non pas structurale et effective.

ALEXANDER voit bien l'inadéquation du schéma psychogénétique aux phénomènes psychosomatiques, mais il croit y remédier en se référant à une somme de facteurs hétérogènes.

Par là, il est en réalité conduit à une position chaotique où voisinent des concepts incompatibles. Dans sa mise en formule de la maladie que nous rappelions plus haut, il adhère à une perspective étiologique polymorphe :

- a = constitution héréditaire;
- b = traumatisme obstétrical;
- c = maladies organiques de l'enfance;
- d = soins reçus dans l'enfance (mode de sevrage, éducation à la propreté, conditions matérielles et psychologiques du sommeil);
- e = expériences accidentelles d'ordre physique ou traumatismes de l'enfance;

(1) ALEXANDER, « La Médecine psychosomatique », p. 46. Payot.

- g = expériences accidentelles d'ordre affectif de la première et de la seconde enfance;
- h = climat affectif du milieu familial et traits personnels spécifiques des parents et collatéraux;
- i = traumatismes physiques ultérieurs;
- j = expériences affectives ultérieures dans les relations interpersonnelles et professionnelles.

Or l'adoption de cette perspective amène à donner de la maladie une vue plane qui n'a même pas la cohérence d'une conception psychanalytique stricte : un premier groupe de facteurs (a, b, c) ne constitue-t-il pas, en fait, les éléments entravant le processus de maturation grâce auquel s'effectue l'intégration harmonieuse des diverses fonctions ? Un deuxième groupe (d, e, g, h), les éléments susceptibles de créer des points de fixation ? Un troisième (i, j), ceux auxquels on peut imputer la régression ?

Ainsi le recours à la multidétermination, loin de réaliser une synthèse effective, débouche sur un éclectisme formel, qui semble étranger au mouvement véritable des phénomènes. Les difficultés soulevées par le renversement du schéma étiologique classique ne sont pas résolues, les obstacles que l'on cherchait à vaincre subsistent.

La critique des attitudes conceptuelles régissant les positions envisagées, telle que A. SEGUIN¹ la présente, donnerait à espérer de voir ces obstacles enfin surmontés.

En s'étayant sur une conception gestaltiste de l'organisme considéré comme une unité première irréductible faisant un tout avec le milieu, en établissant entre l'un et l'autre une relation dialectique — le rôle du stimulus est inséparable du stimulé en raison d'une interaction réciproque —, il échappe à la conception de la maladie comme se superposant à l'individu. Il peut ainsi rétablir la continuité entre le normal et le pathologique, la maladie étant, en dernière analyse, « une expression vitale », pour trouver dans l'ordre énergétique un moyen de discrimination : tant que l'intensité des stimuli est telle que l'équilibre de l'organisme se maintient, sa réaction est considérée comme physiologique ; elle ne devient pathologique que lorsque le point de rupture est atteint.

Quand il définit la maladie selon la formule :

$$X \text{ (maladie)} = f \text{ (fonction) de } S \text{ (stimuli)} \\ \text{et } GG \text{ (« équilibre de la vivante gestalt »)}$$

(1) A. SEGUIN, « Introduction à la Médecine psychosomatique » : *L'Arche* 1950, pp. 235 et suiv.

il évite bien les impasses liées à un mode de penser étiologique trop sommaire et à la perspective dualiste, il exprime bien une conception dynamique de la maladie, mais en explicitant la teneur de ce qu'il nomme « l'équilibre de la vivante gestalt », on le voit, comme ALEXANDER, échouer sur les écueils de la multidétermination. C'est qu'il n'y voit que prédispositions héréditaires acquises et antécédents pathologiques. Sans doute faut-il imputer cette subversion à la négligence de la fondamentale hétérogénéité de la réalité nosologique (telle qu'elle s'est trouvée plus haut explicitée). Le choix de la pneumonie pour illustrer la formule est assez révélateur à cet égard.

* *

Considérant la médecine psychosomatique d'inspiration analytique dans son entier comme reposant sur le principe du renversement du schéma étiologique classique, c'est-à-dire sur l'hypothèse psychogénétique, H. EY va jusqu'à affirmer que

« la perspective de la psychogénèse, de la causalité psychique pure de la maladie est une contradiction *in adjecto* que l'école psychanalytique a, non pas introduite, mais accréditée dans la pathologie contemporaine au point d'en pourrir le sens par une véritable folie du sens »¹.

Partant en guerre contre cette prétendue « folie du sens », il se propose, tout en éliminant l'étiologie psychologique, de dépasser le dualisme. Mais sous l'empire de la certitude *a priori* que « la maladie est toujours une altération primordiale du substratum somatique de l'être », il pose *de facto* un postulat entaché du dualisme qu'il récuse : admettre d'emblée une étiologie organique, c'est se situer nécessairement dans une perspective dualiste en dépit d'une prise de position en faveur d'un monisme matérialiste. Sans doute est-ce en raison de son inspiration jacksonienne que H. EY paraît le négliger. Grâce à elle, en effet, il aboutit à une solution univoque et générale en opérant — sans tenir compte, semble-t-il, du type d'affection en cause — une distinction radicale entre étiologie et pathogénie :

« La maladie est tout à la fois psychosomatique dans sa structure et sa pathogénie, et organogénétique dans son étiologie, car la maladie est primordialement *un accident* et secondairement seulement *une réaction intentionnelle* à cet accident. »²

(1) J.P. VALABREGA, *ouvrage cité*. Introduction, p. 5.

(2) VALABREGA, *ibidem*.

Ce faisant, il aboutit à une conception *épiphénoméniste* de la dimension intentionnelle de la maladie. Celle-ci étant primitivement le fait d'une déstructuration — c'est là sa composante négative — sa dimension intentionnelle — composante positive — n'apparaît que secondairement, de façon épiphénoménale. Mais en médecine psychosomatique, la composante positive lui apparaît comme possédant deux versants, tous deux épiphénoménaux, à tel point que son explication ne revêt en fin de compte qu'une valeur sémiologique.

Particulièrement attentif aux dangers de « l'apriorisme dualiste », G. PARCHEMINEY, dans une volonté d'élucidation de la notion de « psychosomatisme », s'est attaché au phénomène de la conversion hystérique, considéré par lui comme ayant en cette matière valeur exemplaire. Pour lui, point n'est besoin de parler à la suite de FREUD d'un saut mystérieux du psychique dans le physique, ni de traduction symbolique — et donc déchiffrable, à la manière des autres symptômes psychonévrotiques — du conflit dans le soma. Bien au contraire, il y a identité entre le signifiant et le signifié et si l'on veut encore parler de symbolisme, c'est d'un symbolisme physiologique qu'il s'agit ; le symptôme de conversion n'est pas la traduction d'un affect, il est cet affect. Il en résulte un bouleversement de la perspective psychanalytique, puisque, dès lors, il n'y a plus à faire appel aux notions de censure et de déplacement d'énergie, mais seulement à celles de régression à un stade d'indifférenciation, et de réactivation ¹.

Mais alors, il s'ensuit un alignement des symptômes de conversion sur tous les symptômes psychosomatiques proprement dits et partant de l'hystérie sur les maladies psychosomatiques. Or, un tel syncrétisme ne répond pas aux données de la clinique : il paraît abusif, en effet, d'assimiler par exemple une paralysie ou une cécité hystérique à une diarrhée sanglante (recto-côlite hémorragique), aussi bien au point de vue de la relation d'objet que de l'efficacité psychothérapique. Au reste, même si l'on reconnaît ce que sa distinction a de trop tranché, ALEXANDER n'a-t-il pas quelque raison d'opposer les manifestations morbides affectant le système sensori-moteur et celles affectant le domaine viscéral, autrement dit le domaine des névroses végétatives au domaine de l'hystérie de conversion ?

Il demeure que si les conclusions de PARCHEMINEY ne sont pas toujours confirmées par l'expérience clinique — en ce qui concerne le domaine étroit des *maladies* psychosomatiques tout au moins —, il a pu se rapprocher davantage de l'élaboration du symptôme hysté-

(1) G. PARCHEMINEY, « Critique de la notion d'hystérie de conversion ». Cf. *Evolution psychiatrique*, 1949, n° 1.

rique et, grâce à sa sensibilité singulière aux conditions du vécu effectif, échapper à un certain artificialisme des reconstructions psychanalytiques.

Ainsi, voyons-nous les différents auteurs que nous avons choisi d'envisager recourir, devant le problème psychosomatique, à des structures de pensée sous-tendues par l'opposition entre monisme et dualisme. Pour ne pas suivre le mouvement initial de la compréhension intuitive de la réalité psychosomatique la moins ambiguë, ils en viennent à s'interroger sur de faux problèmes. Ne voudrait-on que la *décrire* de façon satisfaisante, sans risquer de préorienter son explication ultérieure, il faudrait tout d'abord faire table rase des *a priori* notionnels utilisés dans d'autres contextes. K. GODSTEIN, sur le plan neurologique, a formulé avec force cette exigence fondamentale à laquelle toute nouvelle recherche doit obéir.

Or la plupart du temps, il nous est présenté des phénomènes psychosomatiques concrets une image dévitalisée, plane en quelque sorte, aussitôt prise dans le réseau déformant de structurations purement et sommairement logiques.

Dès lors, même dans l'hypothèse où tous les aspects et tous les facteurs de la réalité considérée seraient respectés, on peut se demander dans quelle mesure leur rôle véritable serait reconnu. C'est que l'on commet cette autre faute méthodologique lourde de conséquence contre laquelle GOLDSTEIN encore nous met en garde :

« On n'accepte pas d'abord tous les phénomènes comme des phénomènes de même valeur et on n'essaye pas de les comprendre comme expression d'une modification fondamentale, mais on considère un phénomène privilégié, fortuitement ou pour des raisons théoriques, comme phénomène fondamental dont les autres dépendent. ¹ »

Opposer en un débat d'allure scolastique maladie psychosomatique et conception psychosomatique de la maladie, situer les difficultés en fonction des pseudo-problèmes auxquels nous avons fait allusion, c'est inévitablement se couper de l'expérience vécue, de l'*erlebnis* irremplaçable, noyau nécessaire de toute conceptualisation ultérieure, du donné clinique psychosomatique originel.

Seule une libre communication avec ce donné devrait permettre aux praticiens de ne pas rester prisonniers d'*a priori* fallacieux et de puiser dans un fonds nécessairement plus riche que les diverses formulations que l'on peut en donner. « L'important », en effet — comme

(1) K. GOLDSTEIN, « La structure de l'organisme », p. 281. N.R.F., 1951.

l'affirme le Professeur Jean DELAY dans son discours inaugural du *1^{er} Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue Française* —, c'est précisément d'éviter qu'aucun parti-pris doctrinal nous empêche d'utiliser toutes les forces de la personne humaine dans la lutte contre la maladie, toutes les ressources de la compréhension, pourrait-on ici ajouter, dans l'effort pour éclairer certains de ses aspects restés les plus obscurs.

* *

Sous la double pression des résultats de la recherche expérimentale et des faits cliniques, il est certain que l'on se trouve progressivement amené à reconnaître une dimension psychosomatique irréductible où s'impose la notion d'une relation significative, aux aspects variables, entre ce que la pensée adulte ne peut s'empêcher de concevoir séparément comme une lignée organique et une lignée psychologique.

Mais à peine a-t-on fait droit à cette dimension que l'on risque d'en rendre problématique l'appréhension de par une simple juxtaposition de ces deux lignées. Devant un malade psychosomatique, en effet, tout se passe bien souvent comme si, par l'emploi — implicite ou explicite — d'un système de référence à deux pôles : médical et psychologique, anatomo-pathologique et psychodynamique, on postulait l'existence chez lui de deux versants, voire de deux ordres substantiels. Cette attitude qui reste dichotomique pour ainsi dire malgré elle, risque fort de vicier l'émergence aussi bien que la saisie des phénomènes — et par conséquent d'altérer non seulement leur compréhension mais aussi leur traitement.

Ni le point de vue médical traditionnel, ni le point de vue psychiatrique — pas même le point de vue psychanalytique — ne permettent de se situer authentiquement dans la dimension psychosomatique. La maladie ici ne peut pas plus être considérée selon l'exclusivisme d'une perspective localisatrice comme une entité suffisamment définie par des coordonnées nosographiques, anatomo-pathologiques, biologiques, que comme la conséquence directe d'une perturbation affective, selon l'idée fallacieuse d'une précession de phénomènes psychiques par rapport aux phénomènes organiques.

Ne serait-ce qu'en procédant par élimination, il est aisé de s'en rendre compte pour peu qu'on se défasse d'habitudes conceptuelles invétérées. Tel malade présente tels troubles, tels symptômes, qui ne peuvent s'expliquer par une origine toxi-infectieuse, traumatique ou parasitaire. Ils ne sont pas non plus le fait d'une conversion hystérique ni n'entrent dans un quelconque tableau psychiatrique connu. Du point de vue relationnel, on vérifie dès les investigations initiales

qu'il ne s'agit d'une structure ni névrotique, ni perverse, ni psychotique... Il apparaît alors que la tension intime bientôt pressentie, liée à une situation conflictuelle, consciente et inconsciente, non surmontée, n'a pas d'issue énergétique ni de modalité d'expression autre que le corps, ou tout au moins doit en partie l'utiliser comme débouché du fait de l'absence d'un aménagement psychopathologique bien défini, de l'insuffisance de la fonction fantasmatique ou du blocage, diversement motivé, de la motricité. Ce malade — plus ou moins catégoriquement certes, car dans le concret l'on rencontre tous les alliages concevables et selon une infinité de dosages — appartient à la dimension psychosomatique.

Cela prend un sens plus clair si l'on songe — et c'est déjà le moyen d'échapper aux difficultés et aux pseudo-problèmes dont nous avons parlé — à rapporter le désordre envisagé à son stade, à son âge d'organisation, et *corrélativement* à son lieu de manifestation (humoral, viscéral, sensorio-moteur), autrement dit si l'on introduit une conception génétique. En obéissant à la tendance difficilement résistible d'expliquer le trouble psychosomatique que l'on envisage selon le mode de la juxtaposition de la filière organique et de la filière psychique, on a beau tenir apparemment compte de la chronologie, de l'évolution, en fait on se coupe des origines — où l'indifférenciation de l'organisme (système global) ne recèle qu'en puissance les divers systèmes qui en proviendront, y compris le système psychologique — et par là on s'interdit une vue véritablement génétique, la seule qui ouvre la voie de l'intelligibilité, notamment pour les manifestations psychosomatiques les plus archaïques. (Par exemple : hypothèse de la répétition de stimuli traumatisants s'étant exercés sur l'organisme immature avant sa différenciation.)

Ainsi seule une attitude conceptuelle qui regarde la dualité des expressions somatiques et psychiques comme phénoménologique et comme relative à la fois à l'élaboration des perspectives de l'observateur et à la différenciation — plus ou moins poussée mais partiellement toujours présente chez l'organisme évolué — du sujet observé, préserve l'accès à un stade et à un niveau où cette dualité n'existe pas.

C'est cette même attitude qui rend caducs le dilemme nosographique aussi bien que le classique débat entre les tenants de l'organogénèse et les tenants de la psychogénèse et que la référence à une spécificité conçue sur le modèle de la spécificité étiologique, à la Virchow.

La classification médicale classique, hormis les cas où l'agent pathogène est évident, est fondée sur des distinctions anatomiques ou de fonctions. L'introduction du point de vue psychosomatique, dans la perspective ici esquissée, tend à modifier radicalement ce mode de

classification. Si le psychosomaticien y recourt abondamment encore, c'est sans doute en raison du caractère actuellement limité et inachevé de sa recherche. Si l'on adopte le point de vue génétique, reconnaissant une succession de niveaux d'organisation psychosomatique répondant au développement de l'individu depuis son origine, en liaison avec les divers états énergétiques et psychodynamiques qui y correspondent, on est induit à concevoir tout un vaste secteur de la pathologie, selon un axe organisateur autorisant le rapprochement d'affections en apparence très différentes, permettant de préciser la nature vraie de ce qui les distingue les unes des autres et de comprendre leurs nombreux termes de transition. (Il n'y a pas en effet de frontières nettes entre elles et même on peut observer le passage de l'une à l'autre de ces affections, voire leur coexistence.)

Un spectre, une gamme, se trouve par là défini qui va, du point de vue descriptif, du niveau où manifestation somatique et intentionnalité sont littéralement fusionnées jusqu'à celui où la symptomatologie organique a une valeur symbolique directe par rapport au contenu psychique.

Dans l'état actuel des connaissances, il semble que la correspondance somatique de ce spectre peut être indiquée comme allant d'un plan *humoral* (répondant au niveau le plus archaïque, en deçà même de la naissance) et auquel se rattachent des affections telles que la recto-côlite hémorragique, certaines maladies allergiques cutanées ou respiratoires (eczéma, asthme), vraisemblablement certaines formes de rhumatisme, à un plan *neuro-végétatif*, à implications viscérales, où se situent les affections vasculaires telles que l'hypertension artérielle, des troubles digestifs tels que les gastrites, voire les ulcères gastro-duodénaux ; et enfin à un plan *sensori-moteur* où l'on rencontre notamment les rachialgies, les céphalalgies et les symptômes classiques de conversion.

Il est à souligner, par ailleurs, qu'il existe une correspondance entre ces divers syndromes somatiques et l'état du moi. On peut en trouver une illustration et une confirmation dans un travail récent d'un auteur américain qui montre très clairement comment chez deux malades, à partir d'observations effectuées au cours de la psychothérapie en fonction de l'évolution de leurs névroses de transfert, il a été possible

« d'établir une corrélation dans le temps entre le degré d'intégration du moi et l'apparition ou la disparition de tel et tel symptôme somatique » ¹.

(1) P.-L. GIOVACCHINI, « The Ego and the psychosomatic state ». In *Psychosomatic Medicine*, mai-juin 1959.

Il s'avère que le trouble physique peut tantôt représenter le signe d'une désorganisation, tantôt au contraire avoir pour le moi une valeur organisatrice, à un niveau donné bien entendu et par rapport à un risque de désintégration plus poussée.

Par là, on aperçoit peut-être comment pourrait être élaborée, du point de vue psychosomatique, une nosographie dynamique originale où les références et les signes s'accorderaient à la richesse expressive de l'organisme comme totalité. Certes, la médecine a depuis longtemps déjà

« franchi le stade de la symptomatologie et même celui de la pathologie limitée à tel ou tel organe puisqu'elle tend, chaque fois qu'elle le peut, à confronter l'épisode maladie à l'ensemble de l'organisme vivant. Par un fait étrange, il se trouve cependant qu'une des composantes de cet ensemble, le psychisme, continue à être considéré par la doctrine médicale *comme si elle n'existait point*, cette doctrine s'étant bornée à envisager isolément la *maladie* et non pas l'homme malade dans la totalité de sa personne » ¹.

Un authentique abord psychosomatique du malade implique donc la mise entre parenthèses des références séméiologiques habituelles, tant dans l'ordre anatomo-physio-pathologique, dans la mesure où l'on adopte les cadres nosographiques de la pathologie médicale classique, que dans l'ordre psychodynamique, en ce que l'on a souvent tendance à plaquer secondairement sur ces mêmes cadres les données de la sémiologie psychanalytique.

Pour le réaliser, outre la catharsis intellectuelle sur laquelle nous avons insisté, il semble que le plus fécond soit l'étude de la relation d'objet du malade — et à *travers* cette relation l'étude de tous les éléments anamnestiques nécessaires à l'intellection du cas — au moyen d'une méthode d'investigation adéquate.

A la limite, dans une attitude conceptuelle, sciemment ou insciemment préorientée, à l'image de celles que nous avons critiquées, il serait pensable d'examiner un malade psychosomatique sur la seule vue de documents détaillés et variés le concernant. En établissant des corrélations entre ses données biographiques personnelles et son histoire pathologique, il paraîtrait possible de faire un diagnostic, de poser un pronostic et de préconiser un traitement. Supposition caricaturale qui n'est faite qu'afin de souligner l'insuffisance notoire des méthodes purement intellectuelles et statiques, comme le faisait

(1) S. NACHT, « De la pratique à la théorie psychanalytique », p. 97. P.U.F., 1950.

déjà F. DEUTSCH lorsqu'il critiquait successivement la méthode clinique usuelle, la méthode « à double entrée » (confrontation des observations obtenues séparément selon la technique classique d'interrogatoire et d'examen par un interniste et un psychiatre), la méthode biographique, introduite par WEIZSACKER, destinée à faire apparaître des corrélations entre nœuds conflictuels et perturbations psychosomatiques, toutes méthodes où l'équation personnelle de l'investigateur interfère malencontreusement avec la manifestation spontanée du malade ¹.

En revanche, l'anamnèse associative inspirée de la technique analytique que DEUTSCH définit, offre une bonne approximation de l'attitude qui la permet. Elle a pour but de faire surgir, dans le contexte dynamique actuel de l'entretien, *in vivo* en quelque sorte et non pas référément comme dans d'autres méthodes, la liaison originale entre situation conflictuelle et symptomatologie somatique.

La méthode de DEUTSCH repose, dans ce qu'elle a de plus fructueux, sur le processus d'identification de l'investigateur au malade et sur le maintien d'une situation relationnelle permettant à ce dernier le libre développement de ses projections, de ses défenses et des expressions diverses de ses distorsions.

Au lieu d'obtenir des informations éparses à partir de questions tout imprégnées d'intentions explicatives, on peut ainsi observer le trouble selon son dynamisme vrai. Son appréhension directe se concrétise au sein de l'appréciation du style et du sens de la relation d'objet — non altérée dans son développement — du malade, et souvent aussi par l'émergence au cours de l'entretien de ce qu'on pourrait appeler des « nœuds psychosomatiques », c'est-à-dire la coalescence d'une expression physique et d'une variation affective ou intellectuelle en un moment fécond (généralement un moment significatif dans l'évolution de la relation transférentielle).

Grâce à l'attitude adoptée, une sorte de fusion relationnelle du patient et de l'investigateur se trouve parfois réalisée : celui-ci est englobé par celui-là, qui laisse paraître de loin en loin, à la faveur d'une régression quasi expérimentale, des *patterns* révélateurs, autrement insoupçonnés.

Une telle attitude suppose une grande souplesse d'identification et la possibilité de saisies intuitives très primitives ordinairement interdites par les exigences de la connaissance discursive et par les cadres conceptuels de l'approche médicale traditionnelle.

(1) F. DEUTSCH, « The associative anamnesis », *Psych. Quaterly*, 1939, pp. 354-381.

Certes, elle s'apparente à l'approche psychanalytique, mais il est à remarquer que si l'identification représente en matière d'analyse une condition d'appréhension et de compréhension des phénomènes inconscients, elle n'est plus, si tant est qu'elle l'ait jamais été, la condition de la constitution même de l'objet épistémologique. Aussi bien existe-t-il une séméiologie que l'on peut considérer comme constituée en analyse, de même qu'en médecine classique, alors que ce n'est pas le cas en psychosomatique, si du moins l'on se refuse à avaliser une simple extrapolation de la séméiologie psychanalytique qui, entre autres écueils, peut conduire, ainsi que nous l'avons vu, à une généralisation abusive de la notion de conversion.

D'autre part, enfin, s'il y a bien sur leurs plans respectifs, homogénéité de la voie d'abord et de l'objet dans les domaines psychanalytique et médical, autorisant des visées explicatives, il n'en va pas de même dans le domaine psychosomatique, où le syncrétisme originel des phénomènes en cause exige l'utilisation d'une voie d'abord où soient préalablement neutralisées les projections explicatives, faute de quoi l'investigation, en raison d'une subversion de plan, manque insciemment son véritable but.

Il faut bien dire que l'adoption d'une attitude conceptuelle adéquate et la fidélité à une méthode d'examen rigoureuse sont fréquemment rendues malaisées par la nature même du malade psychosomatique. La technique d'entretien que F. DEUTSCH décrit, dans son aspect le plus original, où l'investigateur ne se manifeste que pour reprendre en écho certaines expressions du malade, propose à ce dernier une présence dépouillée au maximum de son altérité et de sa particularité objectales. Il se trouve ainsi renvoyé à un stade ancien de son évolution où, au défaut de différenciation psychosomatique répondait, pris dans l'inter-jeu des identifications et des projections propres à cette phase du développement, une distinction seulement relative d'avec un autrui encore mal individualisé. Happé, pour ainsi dire, par ce mouvement de régression induite — qui a l'avantage, en raison de son allure anodine, de tendre à court-circuiter les défenses névrotiques —, le malade tantôt va réagir par l'émergence de nœuds psychosomatiques, on l'a vu, tantôt s'y dérober par la manifestation de résistances particulières : la référence explicite et systématique à la somaticité ; le recours à des manifestations somatiques quasi symptomatiques — soit dans le domaine propre de l'affection en cause, soit à distance dans celui de la sensorio-motricité — ; l'utilisation même d'une liaison explicative, éventuellement convaincante, de ses symptômes, avec ses propres conflits ; tantôt verser dans des réactions plus ou moins accentuées de dépersonnalisation.

Il convient d'ajouter que si cette technique d'investigation est bien de nature à faire surgir dans les cas extrêmes l'indifférencié psychosomatique — plan originel du développement des *affections* les plus littéralement psychosomatiques —, elle peut, *a fortiori*, dans le domaine des *manifestations* psychosomatiques, révéler le lien existant entre tel conflit et tel symptôme somatiques, et cette fois non plus comme défensif mais comme premier. On voit donc que cette modalité d'approche permet en outre de détecter la superstructure psychonévrotique éventuelle d'un malade, d'en assurer la mise entre parenthèses et par là de préserver l'accès à son infrastructure psychosomatique.

Indiquer, comme nous venons de le faire, les résistances du malade psychosomatique dans tout leur polymorphisme ne suffit pas, semble-t-il, à rendre compte de l'extrême facilité avec laquelle l'objet de l'investigation paraît se volatiliser : en raison de la valeur anxiogène de la situation, les résistances du patient rencontrent tout naturellement de la part du médecin une complicité qui se traduit par des contre-résistances concordantes, ainsi qu'il est devenu banal de le souligner dans le domaine psychanalytique. Celui-ci se sentant en effet lui-même ébranlé par le mouvement qu'il a déclenché et qu'il entretient, se défend à son tour, tant dans son comportement que dans son attitude mentale.

Ainsi est-il tenté de réduire la tension contre-transférentielle qu'il ressent en abandonnant inconsidérément son effort identificatoire. Il a recours notamment à des questions à finalité explicative, croyant souvent, de reste, pouvoir en justifier la formulation par la nécessité d'un rapprochement lénifiant, alors que c'est un besoin personnel de prise de distance qui en fait le détermine.

C'est pour répondre aux mêmes besoins qu'il va saisir comme au vol l'occasion d'un renvoi à la somaticité ou, à l'opposé, de l'application, de pure forme, d'un schéma psychanalytique, ou enfin d'une acceptation hâtive d'un plan superficiel d'explication, de portée surtout défensive.

Le dynamisme intentionnel et l'indifférenciation relationnelle qui se font jour de façon si sensible à travers la texture intersubjective de l'investigation psychosomatique — telle que nous l'évoquons — en sont des marques essentielles.

Les impératifs inhérents aux modalités les plus élaborées et les plus évoluées de la connaissance, telle notamment qu'une longue pratique des sciences de la nature l'a modelée, représentent ici, au moins à un certain stade de la recherche, plus un obstacle qu'un levier. Nul aujourd'hui ne songerait, même s'il le conteste, à qualifier d'irrationnel le recours au procédé de l'association libre, en tant que moyen

fondamental de l'investigation psychanalytique. Pourquoi les exigences spéculatives et techniques développées ici, en rapport avec la recherche psychosomatique, le seraient-elles davantage ? Seul le respect de ces exigences paraît permettre d'éviter la rupture de la continuité du spectre psychosomatique, tout en autorisant une discrimination nuancée en son sein même, depuis les formes frustes et archaïques où la psychosomaticité est littéralement essentielle — constituant un domaine autonome — jusqu'aux diverses manifestations où elle se particularise en se localisant, se situant alors aux confins, soit de la physiopathologie, soit du processus conversionnel.

* *

Le poids des prénotions et des préjugés n'est pas seulement sensible au stade de l'investigation ; il joue un rôle important dans la manière de concevoir et d'exercer la thérapeutique.

« Les difficultés les plus générales auxquelles se heurte toute tentative d'abord thérapeutique psychosomatique, découlent d'un préjugé organiciste étroit beaucoup plus redoutable encore que dans le domaine psychiatrique pur. Il est certes convenu de prendre en considération les difficultés psychologiques d'un malade atteint d'une quelconque affection médicale bien étiquetée, mais en général la compréhension s'arrête là. Tout essai de compréhension synthétique, dynamique et génétique fait s'élever les cloisons les plus étanches entre domaine organique et psychologique. Rien d'étonnant à cela de la part du médecin, car cette " isolation " protège un édifice médical théorique péniblement construit qui a largement fait ses preuves.

« Mais il s'en faut de beaucoup que le préjugé organiciste soit réservé au seul interniste. Le psychosomaticien en subit également le poids et cela d'une façon plus secrète, partant plus néfaste, qui devant une complication, par exemple, le fait se replier en toute hâte vers les plus tranquilles positions organicistes. Ailleurs, sa technique thérapeutique en sera subtilement marquée par de menues concessions, non analysées, aux perspectives classiques. Enfin, ce même préjugé altère les relations entre somaticiens et psychosomaticiens au point d'annuler complètement les efforts de ce dernier ... Il s'ensuit qu'on a tendance à réduire l'action du psychosomaticien au simple figinlage d'un programme thérapeutique classique alors qu'elle devrait constituer la base même de l'organisation thérapeutique. ¹ »

(1) M. DE M'UZAN, « Thérapeutique psychosomatique ». Cf. *Encycl. Méd. Chir.*, 37. 492 A 10, 1959.

Les répercussions de l'attitude conceptuelle adoptée sont donc très lourdes, de l'aveu même des psychosomaticiens, au niveau de la pratique psychosomatique.

Il advient souvent que des réticences et des critiques se manifestent devant la seule hypothèse de la signification « psychosomatique » d'une affection ou devant le seul projet d'en poursuivre la guérison ou l'amélioration à l'aide d'une psychothérapie — voire d'une psychanalyse — du seul fait que ces détracteurs des « médications psychologiques » pensent qu'on envisage nécessairement alors cette affection comme dotée d'une signification cachée mais précise à la manière d'un trouble pithiatique.

« En présence d'une psychonévrose émotionnelle à manifestations asthmiques ou ulcéreuses ou hypertensives, le fait de conseiller une psychothérapie, voire une psychanalyse, dit fort bien le Professeur DELAY, ne signifie nullement [cependant] qu'on admette un mécanisme psychologique de conversion à l'origine de cet asthme ou de cet ulcère ou de cette hypertension, mais seulement que l'aide apportée par le psychothérapeute à la résolution de situations conflictuelles, conscientes ou inconscientes, événementielles ou institutionnelles, est considérée comme susceptible de modifier heureusement la tension émotionnelle. »

Dans la perspective génétique qu'impose une saine aperception des phénomènes psychosomatiques,

« la psychothérapie vise à faire évoluer le développement psycho-affectif de l'état d'immaturation vers la maturation et à permettre une meilleure intégration de la vie émotionnelle, qui améliore l'équilibre psychosomatique » ¹.

* *

En renonçant aux conceptualisations prématurées, en abandonnant des attitudes conceptuelles inappropriées, en écartant les *a priori* hérités d'autres contextes, il y a une intuition première qui parvient à se faire jour : celle d'une intentionnalité immanente au corps. Non pas l'intentionnalité de nature déjà élaborée et virtuellement psychologique qui est déchiffrée au travers de manifestations somatiques de portée symbolique, mais une intentionnalité beaucoup plus fruste et qui ne fait qu'un sans doute avec l'interjeu dynamique de l'organisme inévolué et de son milieu. Cette idée est en relation étroite avec ce que PARCHEMINEY avait en vue lors de sa critique de la notion de

(1) J. DELAY, « Perspectives psychosomatiques », cf. *La Presse Médicale* : 1960, n° 44.

conversion : une véritable fusion du signifiant et du signifié, mais qu'il semblait difficile d'assigner à l'ordre des phénomènes en cause.

En matière de psychosomatique, c'est par une sorte de retournement paradoxal que l'on parlerait de fusion. C'est d'indifférenciation — comme beaucoup d'auteurs s'accordent à présent à le penser — qu'il vaut mieux parler. Qui plus est, c'est l'indifférenciation qu'il faut tenter de penser. Ce ne peut être que selon un mouvement asymptotique s'il est vrai, comme tout porte à le croire, que le noyau psychosomatique se forme et s'organise dès les premiers échanges symbiotiques entre la mère et l'enfant. Pas plus que GRINKER et ROBBINS, nous ne croyons qu'on puisse en définitive

« approcher du noyau psychosomatique premier par des mots, ni le découvrir par des reconstructions psychanalytiques. On ne peut faire sur lui que des conjectures en interprétant des réactions somatiques ou pré-verbales »¹.

Etant donné la nature de celui-ci, il ne peut donc s'agir, au mieux, que d'établir un rapport de congruence avec lui qui demeure, pris en lui-même, irréductible. Encore faut-il certes préciser — en référence à l'axe nosographique plus haut proposé — les qualités particulières de ce rapport. C'est ainsi que le parler dualiste devient de plus en plus allusif au fur et à mesure qu'il concerne les formes morbides les plus primitives, les plus lâchement structurées, les plus indifférenciées. Un quelconque parler moniste ne saurait là davantage convenir au reste, car alors on est amené à donner le primat à l'expérience vécue, seule homogène à ces formes.

Ainsi voit-on que la tension épistémologique entre monisme et dualisme varie parallèlement au spectre psychosomatique, tandis que les pouvoirs de la connaissance s'amenuisent d'autant plus qu'on se rapproche de ses zones les plus archaïques.

(1) GRINKER et ROBBINS, *ouvrage cité*, p. 339.

Deuxième partie

« Le corps sait des choses que nous ignorons. Et nous en savons qu'il ignore. Ce qu'il nous communique n'est qu'une traduction très différente de son texte. Il nous fait mal au lieu de nous faire penser en langage civil que telle chose ne lui agréé. »

PAUL VALÉRY (*Suite*)

Il nous a paru souhaitable de faire suivre les considérations théoriques qui constituent la première partie de ce travail d'un complément clinique. Les comptes rendus sténographiques intégraux de quelques investigations psychosomatiques — effectuées dans un cadre hospitalier¹ — que nous allons présenter maintenant préciseront peut-être ce que certaines des spéculations précédentes ont pu avoir de vague, de confus et de trop abstrait.

Ni le matériel que nous avons à notre disposition, ni les limites qu'ici nous nous sommes assignées ne nous permettraient d'offrir des illustrations suffisamment nombreuses et variées pour ne serait-ce qu'évoquer l'étendue de ce que nous avons désigné sous l'expression de spectre psychosomatique. Aussi bien n'est-ce pas là notre intention. Nous avons seulement voulu montrer comment à partir d'une attitude conceptuelle ouverte, en garde contre l'influence des préjugés méthodologiques et doctrinaux, pouvait se développer une relation féconde et significative entre malade et investigateur.

Au travers de cette relation, il devient possible de voir se dessiner des formes de réaction originales non superposables à celles que l'interniste, le psychiatre, voire le psychanalyste lui-même, caractérisent.

Toute une gamme de patients auparavant assimilés soit aux névrosés, aux « petits mentaux », voire aux psychotiques (hypocondriaques par exemple), soit aux « fonctionnels », soit aux malades classiquement traités pour des troubles d'organicité certaine (asthme, ulcère, côlite...), s'autonomise. Très étendue et très nuancée, elle englobe des cas où l'index de psychosomaticité est fort variable mais toujours à quelque degré positif. Cela, pour nous, signifie que l'on peut toujours déceler un moment, un aspect ou un secteur de la personnalité où les mécanismes majeurs de défense et d'expression jouent somatiquement. Il est alors, on le conçoit, du plus haut intérêt, d'établir un style d'investigation qui permette, voire suscite, l'émergence de rapports significatifs entre les modalités de la conduite lors de l'entretien et la symptomatologie en cause.

Nous présentons ici trois comptes rendus tels quels, sans autres indications qu'un rapide commentaire, et notamment sans faire état

(1) J'adresse mes plus vifs remerciements au Docteur P. MARTY qui a bien voulu m'en permettre l'utilisation ici.

du dossier médical des malades, étant donné que notre propos n'est autre ici que de faire ressortir le rôle de l'établissement et de l'appréciation de la relation (une relation d'élection) dans l'accomplissement de l'investigation psychosomatique.

La première de nos observations concerne une femme de cinquante ans, venue consulter pour *céphalalgies*, et chez qui l'examen clinique et les examens complémentaires (E.E.G. notamment) n'ont rien décelé d'anormal.

Il s'agit d'une personne brune, aux yeux très clairs, aux traits réguliers, assez corpulente, de petite taille, toute vêtue de noir, soignée. En entrant, elle jette sur l'assistance des regards furtifs et inquiets en même temps qu'une attitude de séduction se fait jour vis-à-vis de l'investigateur.

OBSERVATION N° 1

Mademoiselle F...

- Asseyez-vous, mettez-vous à votre aise et je vous écoute.
- C'est pour quoi?... parce que j'ai deux... c'est pour mon oreille?
- Allez-y, oui.
- C'est pour mon oreille ici? parce que j'ai deux visites, une pour l'oreille et pour être questionnée.
- Que voyez-vous comme différence, pour l'oreille ou être questionnée? Comment voyez-vous les deux choses?
- Comment je vois les choses dans l'ensemble? Je vois que je suis malade depuis sept mois et que je ne sais pas ce que j'ai.
- Depuis sept mois?
- Oui, j'ai vu deux docteurs, c'est un docteur qui m'a envoyée ici.
- Racontez-nous tout ça.
- J'ai mal dans la tête, ça a commencé par des maux de tête et j'ai été voir un docteur. J'habite la banlieue. Ce docteur m'a traitée avec des cachets et je suis allée voir un docteur à Paris et pendant cinq mois il m'a traitée la même chose et ça ne va pas mieux. Il m'a envoyée ici.
- Oui. Mal à la tête?
J'attends qu'on me soigne pour avoir une amélioration, je ne sais pas. Depuis mardi que je suis venue ici et je ne prends aucun médicament et j'ai très mal dans la tête. (*La malade donne des signes d'émotion.*)
- Qu'est-ce qui se passe là? Racontez ce qui se passe.
- Je suis ici parce que je suis malade, ce n'est pas drôle pour moi d'être malade comme ça, je suis ici pour avoir une amélioration par les soins, ce que je vous raconte..., je ne peux pas vous raconter ma vie.

- Vous ne pouvez pas raconter votre vie ?
- Je travaille dans la couture. Je suis couturière, et depuis le mois d'août je n'ai pas retravaillé. J'avais des maux de tête, j'ai fait quelques journées, mais je ne pouvais pas continuer. (*Jette des coups d'œil sur la secrétaire puis sur l'assistance.*)
- Qu'est-ce que vous regardez là ?
- Qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte ?
- Vous regardez ?
- Je regarde, oui, évidemment, on est impressionné, écoutez !
- Oui. Allez-y.
- Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, moi je n'ai rien à vous dire, je suis malade, ce n'est pas agréable d'être malade, qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte d'autre que ma maladie, ce que j'ai mangé hier au soir ? Ce que je vais faire aujourd'hui ? (*Rire mi-gêné, mi-agressif.*)
- Qu'est-ce que ça veut dire ce que vous avez mangé hier au soir, ce que vous assez faire aujourd'hui ?
- Vous voulez savoir ce que j'ai mangé hier au soir ?
- Oui, puisque vous en parlez. À quoi pensez-vous ?
- À personne.
- À quoi étiez-vous en train de penser ?
- Je suis sourde, excusez-moi. Maintenant, j'étais en train de penser à ce que j'ai mangé hier au soir. Que j'explique ce que j'ai fait à dîner ?
- Comment avez-vous pensé ça ?
- J'ai pensé que c'était drôle de vous expliquer ça.
- Il y a peut-être des choses plus importantes que ça ? Vous avez entendu ce que je viens de vous dire. Il y a peut-être des choses plus importantes que ça. (*Mimique évoquant une activité fantasmatique.*)
- Là ! Vous venez d'y penser.
- Qu'on m'avait envoyée à Sainte-Anne et que j'aurais pas dû venir là.
- Pourquoi n'auriez-vous pas dû venir ?
- Parce que écoutez !
- J'écoute.
- Ici, c'est une maison de fous, j'ai dit à mon docteur que c'était une maison de fous. Mon docteur m'a dit : je vous envoie pas pour cette raison, c'est pour vous examiner.
- Et vous avez été impressionnée.
- Je suis d'accord, ça fait partie de la maladie.
- « Ça fait partie de la maladie », de quoi ?
- C'est pour savoir, je ne sais pas, si je suis normale peut-être.
- Si vous êtes normale... Qu'est-ce que vous voulez dire ?
- Normale, si j'ai toute ma tête à moi, si j'ai un bon raisonnement, si je ne suis pas folle si vous aimez mieux. (*Rit.*)

- Pourquoi ? Vous en doutez ?
- Non, pas du tout, monsieur.
- Qu'est-ce qui vous donne l'impression qu'on recherche si vous n'êtes pas folle ?
- Je n'ai pas l'impression du tout, d'ailleurs mon docteur qui m'a soignée m'a dit... J'ai mal à la tête, j'ai plutôt peur d'avoir un cancer que d'être folle.
- Vous avez peur d'avoir un cancer ?
- Oui, parce que je souffre terriblement dans la tête. (*Se touche la tête.*)
- Comment vous représentez-vous cela ?
- Je me représente que j'ai très mal à la tête et que je peux avoir une tumeur cancéreuse, une tumeur.
- Qu'est-ce que vous en savez des tumeurs cancéreuses qui donnent mal à la tête ?
- Parce que j'ai lu, je pense que ça peut être ça.
- Vous avez lu quoi ?
- J'ai lu beaucoup ; des maux de tête qu'on avait, que ça devenait cancéreux, des maux de tête et ailleurs, comme j'ai mal à la tête depuis sept mois, que les docteurs ne peuvent rien pour ma maladie.
- Vous avez lu ça quand ?
- Souvent sur les journaux, comme n'importe qui, sur *Noir et Blanc* on parle des cancers.
- Vous lisez ces choses-là depuis quand ?
- Mais pas régulièrement, j'achète *Noir et Blanc* et des fois je le lis, des semaines je le lis pas, ça dépend du temps que j'ai.
- Ce sont des choses qui vous intéressent ces lectures ?
- Oui, je lis assez souvent ça.
- A quoi pensez-vous ?
- Hum. (*La malade soupire profondément.*)
- Allez, expliquez-nous tout ça.
- Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ?
- Tout ça, vous venez de soupirer.
- Je voudrais être partie d'ici.
- Vous voudriez partir, pourquoi ça ? Essayez de savoir pourquoi vous voudriez partir d'ici. Eh bien ! vous allez nous parler un peu de vous en dehors de ça.
- De ce que je fais de ... en dehors de ma maladie ?
- Oui.
- Je travaille, je pars régulièrement à mon travail. Depuis août, je suis chez moi, je fais mon ménage, mes courses comme tout le monde. J'ai des amis chez qui je vais, quand je peux recevoir, je reçois. J'ai un besoin d'avoir quelqu'un avec moi.
- Vous avez un besoin d'avoir quelqu'un avec vous ?
- Oui, parce que je m'ennuie énormément lorsque je suis seule. C'est peut-être la raison de ma maladie parce que je pense toujours à cette chose-là, évidemment si je suis accompagnée...

— « C'est peut-être la raison de ma maladie parce que je pense toujours à cette chose-là ? »

== Oui, le cancer. Lorsque je suis accompagnée de quelqu'un, à ce moment-là j'oublie.

— « Lorsque je suis accompagnée de quelqu'un à ce moment-là j'oublie », c'est-à-dire ?

== C'est-à-dire, je ne pense pas à mon mal comme lorsque je suis seule.

A l'assistance : c'est-à-dire que la relation avec un objet extérieur dissout la relation avec l'objet intérieur.

== Je suis très nerveuse, très très nerveuse.

— Qu'est-ce que ça veut dire : « Je suis très très nerveuse ? »

== Oui, je ne peux rien supporter depuis sept mois. Je n'étais pas comme ça avant, j'étais une personne très calme et je suis très nerveuse.

— Qu'est-ce qui s'est passé il y a sept mois ?

== J'étais pas malade, je travaillais dans la couture, faut être calme, on reçoit une clientèle, faut une correction, faut pas être nerveuse devant les clientes, j'étais pas comme ça.

— Vous vous souvenez comment ça a commencé ?

== Oui, ici, puis ici, exactement ici. (*Montre divers points de son crâne.*)

— Qu'est-ce qui vous fait dire il y a sept mois ?

== Parce que voilà sept mois que je souffre du mal de tête et qu'à ce moment-là je travaillais.

— Comment savez-vous qu'il y a sept mois ?

== Parce que j'ai arrêté de travailler à ce moment, j'ai commencé à avoir mal au mois de juin-juillet, j'ai pris mes vacances et j'ai plus travaillé. Enfin je fais des journées de couture, mais chez une patronne, je ne travaille plus.

— Quel jour ça a commencé ?

== Ah ! vous dire le jour, je vous dirais j'ai eu une chute, j'ai tombé et alors j'avais une petite blessure ; ce jour-là, je ne suis pas allée au docteur, j'ai fait des compresses avec de l'eau bouillie et de l'alcool à 90° et c'était le samedi, je suis allée travailler le lundi comme d'habitude. C'est arrivé au mois de mai et seulement en juin je suis allée au docteur parce que j'ai commencé à avoir des maux de tête, je m'inquiétais. Je suis allée au docteur, j'habite Versailles, il m'a traitée avec des pilules, des gouttes à prendre matin et soir pendant deux mois. J'avais pas de résultat, il m'a fait passer une radio que j'ai apportée mardi et j'ai changé de docteur. Je suis allée à Paris parce que j'habite Versailles et le docteur m'a traitée pendant cinq mois toujours avec des cachets, des comprimés et il n'y a pas de résultat, c'est pourquoi il m'a envoyée ici.

A l'assistance : elle a repris un système adaptatif agréable pour elle : elle recommence à manipuler ses objets. (*Elle rit.*)

— Qu'est-ce qui vous fait rire ?

== Parce que je ris, c'est juste ce que vous venez de dire.

— Quoi !

== Ce que vous venez d'expliquer.

— Qu'est-ce qui est vrai dans ce que je viens d'expliquer ? Qu'est-ce qui est vrai dans ce que je viens d'expliquer ?

— Vous venez de dire que... je ne sais pas.

— Qu'est-ce que vous avez compris ?

— Que je me sentais mieux lorsque je causais, que j'étais accompagnée. Je m'excuse, je n'entends pas bien de l'oreille droite.

— C'était un samedi le jour où vous êtes tombée ?

— Oui.

— Comment vous en souvenez-vous ?

— J'ai tombé, je me souviens, je saignais, je me suis soignée moi-même.

— Qu'est-ce qui vous fait dire que c'était un samedi ?

— Parce que c'était un samedi.

— Qu'est-ce qui vous le fait dire que c'était un samedi, vous vous souvenez de quoi de ce samedi ?

— Je me souviens principalement parce que j'ai tombé, je sais que c'était un samedi.

A l'assistance : le système ne marche pas parce que sans doute là...

— Oui, c'était un samedi, je peux pas vous dire pourquoi, je peux pas vous dire que c'était un vendredi puisque c'est un samedi, pour une bonne raison que j'avais emménagé le vendredi à Versailles et que le samedi j'ai voulu faire de la lessive dans ma cuisine et que je suis tombée.

— Le vendredi, vous aviez emménagé à Versailles ?

— Le samedi, je travaillais pas, j'ai voulu faire du linge. C'est dans ma cuisine que c'est arrivé, j'ai voulu lessiver et je suis tombée.

— Vous aviez emménagé à Versailles ? Allez, racontez !

— Eh bien, je... j'avais emménagé et j'ai tombé le samedi.

— Vous n'allez jamais plus loin que ce que je vous dis !

— Eh bien ! j'ai restée couchée l'après-midi, j'ai continué à faire des compresses et le dimanche c'était férié et le lundi j'ai travaillé comme d'habitude, tout le mois de mai, juin, juillet, j'ai travaillé tout en allant voir le docteur à Versailles.

— Quand je vous dis : « Vous avez emménagé à Versailles », c'est pour que vous nous en disiez davantage sur cette affaire.

— J'ai emménagé à Versailles, j'étais à Paris et je suis partie.

— Pourquoi ?

— Parce que je logeais dans une pièce humide et j'ai trouvé ça, je l'ai pris.

— A quoi vous venez de penser ?

— Que je voudrais partir. (*Rit nerveusement.*)

— Vous avez envie de partir, pourquoi ?

— Parce que j'en ai assez d'être questionnée.

Pourquoi ! Par exemple ça vous a ennuyée que...

— Non, ça fait partie de tout ce que vous venez de me demander.

- Pourquoi à ce moment-là avez-vous eu envie de partir ? Oui, à quoi venez-vous de penser encore, qu'est-ce que c'était ?
- Tout ce que je vous dis, les questions que vous me posez, que les messieurs, ces dames, inscrivent que je vous réponds, alors je pensais à ça.
- Et alors ? Vous n'allez jamais plus loin que ce que je vous demande, vous vous arrêtez tout de suite, pourquoi ne vous laissez-vous pas davantage aller ?
- Qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte ?
- Eh bien, tout ça, pourquoi vous êtes allée de Paris à Versailles, pourquoi vous aviez une chambre humide à Paris.
- Parce que j'habitais un rez-de-chaussée, c'était humide, tous mes vêtements s'abîmaient, ça moisissait, j'ai trouvé à Versailles par l'intermédiaire des amis.
- Oui, et pourquoi aviez-vous pris cette chambre à Paris ?
- Parce que j'étais en meublé, ce sont ces amis qui m'ont dit : « Ça vous coûtera moins cher », mais une fois que j'ai été dedans, je me suis rendue compte que c'était pas habitable. Et par l'intermédiaire d'autres amis, on m'a fait avoir à Versailles que je cherche à échanger parce que c'est trop cher pour moi. (*Rit.*)
- Qu'est-ce qui vous fait rire ?
- Parce que j'ai dit « mon loyer est trop cher pour moi », c'est pourquoi ça me fait rire, je suis pas obligée de vous raconter ma vie, mes affaires.
- Bien sûr que non, vous n'êtes pas obligée !
- Puisque vous me questionnez, je suis là pour ça.
- Et pourquoi je vous questionne ?
- Eh bien, pour juger ma maladie certainement.
- Qu'est-ce que vous en pensez, et quel rapport entre tout ce que je vous demande et votre maladie ?
- Peut-être pour voir si je suis normale, moi je ne sais pas.
- Vous habitez avec qui ?
- Avec un monsieur.
- A l'heure actuelle ?
- Oui.
- Et à Paris ?
- A Paris, j'étais seule.
- Et en meublé ?
- J'étais seule.
- Et pourquoi vous n'habitez pas avec un monsieur ?
- Parce que ce monsieur n'était pas libre et que maintenant il est libre et que nous pourrions nous marier, mais à ce moment là il n'était pas libre.
- Et c'est à cause de ça que vous êtes allée à Versailles ?
- Oui, en principe, parce qu'on voulait se marier, on a pris plus grand.
- Est-ce que vous vous rendez compte que c'est moi qui suis obligé de tout vous faire préciser ? On dirait que vous voudriez faire croire que votre vie sentimentale ne compte pas pour vous.

- Oui, mais mettez-vous à ma place, raconter toute sa vie ! J'ai même des amis qui ne savent pas que je suis en ménage avec quelqu'un.
- Oui, mais moi je suis là pour vous connaître.
- Ça d'accord. (*Mimique évoquant une activité fantasmatique.*)
- A quoi venez-vous de penser ?
- Je pense que madame est en train d'inscrire tout ce que je dis.
- A l'assistance : encore un système de fuite pour ne pas rester en relation avec moi.
- Et pourquoi à vos amis ne leur en parlez-vous pas ?
- Parce que j'ai des amis qui n'accepteraient pas, que c'est pas très bien de ma part d'avoir attendu. J'ai eu des partis pour me marier, j'ai attendu de me mettre en ménage maintenant, ça leur plairait pas, et d'autres qui vous disent : vous avez raison, la vie est dure toute seule.
- Pourquoi ? Des personnes à qui ça plairait pas ?
- Des gens trouveraient à redire : c'est mieux de rester seule ou mariez-vous, restez pas sans être mariée. Je sais les réflexions que les amis feraient, c'est pourquoi je leur dis pas.
- Pourquoi ? Vous n'avez jamais vécu dans ces conditions auparavant ?
- Non, jamais.
- Et pourquoi ?
- Ça ne s'est pas fait, j'ai pas eu l'occasion d'avoir un ami pour habiter avec lui. Pourquoi je suis pas mariée, c'est la même chose ; je suis pas mariée, c'est la destinée.
- Vous devriez être contente maintenant ; or, vous êtes réservée, vous n'osez pas en parler à tout le monde, comme si c'était quelque chose de mauvais.
- Oui, parce que je sais que je me fâcherais avec des amis qui n'accepteraient pas, j'ai des amis très catholiques et ça leur plairait pas.
- A ce point là ?
- Oui.
- Ce sont des amis auxquels vous tenez ?
- Oui, que je connais depuis très longtemps, ce sont des gens très bien.
- Et alors, comment ça va se passer ça ?
- Eh bien, parce qu'on se mariera et à ce moment-là je leur dirai.
- Ce qui vous importe, c'est le fait d'être mariée ou de ne pas être mariée. En fait, vous êtes comme eux : vous êtes regardante sur ces choses-là aussi.
- Je préfère, c'est toujours gênant, pour la famille, pour tout le monde, c'est préférable d'être mariée.
- La famille ?
- Oui, j'ai de la famille.
- Je ne le savais pas, vous n'en avez pas encore parlé. Alors parlez-en.
- J'ai une sœur, des nièces, des neveux.
- Vous avez une sœur ?
- Oui, et maman est morte au mois d'août.

- Et les maux de tête sont apparus quand ?
- Les maux de tête ? Je les ai depuis que j'ai tombé, le docteur m'a dit que c'était... que ça venait pas de ma chute, il a cru que c'était mon âge, peut-être la ménopause.
- Votre mère est morte au mois d'août et vous avez des maux de tête depuis le mois de juin.
- Enfin, le 15 mai, j'ai déménagé et, le 16, j'ai tombé, j'ai continué à travailler et après j'ai eu des maux de tête.
- A l'assistance : elle repart tout de suite sur l'organicité et raconte sa maladie pour éloigner ce que je suis en train d'approcher.
- J'avais mal à la tête avant que maman soit morte.
- Qu'est-ce qu'elle avait ?
- Elle est morte d'une congestion cérébrale.
- Elle a eu sa congestion cérébrale quand ?
- Le 20 août, et le 22, elle est morte. (*Elle a les larmes aux yeux.*)
- Qu'est-ce qui se passe, qui vous émeut ? Vous étiez très attachée à elle ? Elle avait été malade avant sa congestion ?
- Elle avait soixante-dix-neuf ans.
- Elle était malade déjà ?
- Elle avait mal à la vésicule biliaire, elle avait des calculs.
- Où habitait-elle ?
- A Lyon.
- Pas du tout avec vous ?
- Non, avec ma sœur.
- Avant, elle se portait bien ?
- Oui, elle avait un peu de tension, elle voyait le docteur. Le matin, le jour qu'elle est morte, elle s'est levée et elle s'est assise dans son fauteuil, elle a dit : « J'ai mal à la tête », et elle est tombée, elle était paralysée.
- A l'assistance : notre affaire n'est pas en rapport direct dans le temps avec cet événement, mais en rapport avec l'histoire du déménagement qui était la prise de position œdipienne.
- Elle était au courant ?
- Maman ?
- Oui.
- Que j'étais déménagée ?
- Oui, et « emménagée » aussi ?
- Ah ! que j'étais... oui, mais j'ai menti, j'ai dit que j'étais mariée.
- Pourquoi, elle fait partie des « amis catholiques » ?
- Comme le monsieur est divorcé, je voulais pas lui faire de la peine.
- Et elle est effectivement catholique pratiquante ?
- Maman ? oui.
- Et vous ne vouliez pas lui faire de la peine ?
- C'est-à-dire, je lui ai écrit que je connaissais quelqu'un pour me marier, et

- quand je suis allée à Lyon, j'ai dit que j'étais mariée parce que j'étais pas seule, j'étais avec mon ami.
- Qu'est-ce que vous en pensez de ce fait que vous lui avez menti ?
- == La pauvre, elle est morte, elle a cru que j'étais mariée, elle ignore tout. (*Mimique évoquant une activité fantasmatique.*)
- A quoi avez-vous pensé ?
- == Je pense à maman.
- A quoi d'elle ?
- == Je pense à maman, qu'elle était morte...
- Et votre père ?
- == Il est mort à la guerre en 1914.
- Vous aviez quel âge ?
- == Cinq ans.
- Vous vous en souvenez ?
- == Oui, vaguement. Je me souviens d'avoir vu mon père, mais il n'est jamais venu en permission, il a été tué tout de suite en 14.
- Vous vous souvenez de quoi de lui ?
- == Je me souviens l'avoir vu comme ça, tout enfant ; j'avais cinq ans quand il est parti à la guerre et je l'ai jamais revu.
- Quel souvenir en avez-vous ?
- == Mon père, il était très grand, il avait les yeux noirs.
- Qu'est-ce qui vous fait sourire ?
- == Parce que moi j'ai les yeux bleus, je ressemble pas à mon père je ressemble à ma mère.
- Pourquoi cela vous fait-il sourire ? « Il était grand », vous vous souvenez de lui directement ?
- == Directement, je peux pas vous dire. C'est d'après les photos que je me souviens, je me souviens de mon père vaguement et d'après les photos je vois papa qui était très grand et brun parce que j'ai un frère et une sœur qui sont très grands et bruns et moi je tiens de maman, je ressemble à ma mère.
- Vous y pensez quelquefois à votre père ?
- == Oui, évidemment, parce que j'en parle quelquefois de papa, je sais très bien que papa a été tué à la guerre.
- Et quand vous y pensez, vous le voyez comment ?
- == Comment voulez-vous que je le voie ? Je sais que papa a été tué à la guerre, c'est tout, j'étais si jeune. Je pense plus souvent à maman que j'ai plus connue que mon père ; pour ainsi dire, il a jamais été avec nous ; il avait une trentaine d'années quand il est parti à la guerre, vingt-neuf ans.
- Quand vous vous le représentez, c'est sous quelle forme, quand vous en parlez ?
- == Si je parle de mon père, je dis à quelqu'un par exemple « je ressemble pas du tout à mon père », qu'il était plus grand que moi, que j'aurais aimé être grande comme lui ; comme ma sœur et mon père, j'aurais aimé être grande et mince. (*Mimique de gêne surmontée.*)

- Comment était-il par ailleurs en dehors de son aspect physique ?
- Je ne peux pas vous dire, je l'ai pas connu.
- Enfin, comment vous le représentez-vous ?
- Bien, correctement correct bien.
- De caractère.
- Je ne sais pas s'il avait bon caractère ; j'ai entendu dire par maman il buvait, elle était pas très heureuse c'est tout. (*Très émue.*)
- Et quand vous vous représentez ses relations avec vous, comment vous les représentez-vous, s'il avait vécu j'entends.
- S'il avait vécu, je ne sais pas. Que maman aurait peut-être été plus heureuse ou plus malheureuse, qu'on aurait eu une autre situation, qu'elle a eu du mal pour élever ses trois enfants, c'est peut-être un bien ou un mal qu'il ait été tué, je ne sais pas.
- Pour vous, il ne s'agit pas de maman, est-ce un bien ou un mal ?
- Je ne sais pas. On aurait peut-être eu une autre situation.
- Ne dites pas on, dites je, c'est-à-dire pour vous, personnellement. Allez, à quoi venez-vous de penser.
- J'ai pensé qu'il y a une personne de plus qui est arrivée pour m'écouter.
- Et alors ? Alors ça vous a fait fuir ce qu'on était en train de voir. J'étais à vous demander si vous estimez, vous, que ça aurait été un bien ou un mal qu'il vive.
- Peut-être ç'aurait été un bien s'il avait été raisonnable. D'après maman et la famille j'ai entendu dire que papa buvait, dans ces conditions on aurait été peut-être plus malheureux. S'il s'était corrigé on aurait pu avoir une autre situation, donner à chacun un métier. Parce que je suis dans la couture mais c'est moi qui me suis donné le métier.
- Vous avez eu des maux de tête avant cette crise du mois de juin ?
- J'ai jamais eu mal à la tête. Justement je travaillais chez une patronne ; « en un an de temps, je lui disais, je ne prends pas les cachets que vous prenez dans la journée ». ... Si j'avais la grippe et que le docteur me donnait des comprimés, je prenais le comprimé, mais c'est effrayant quand je voyais la patronne prendre des comprimés chaque jour, je ne comprenais pas ça, j'ai jamais eu mal à la tête, c'est la première fois que je suis malade. J'ai eu la typhoïde j'avais une dizaine d'années.
- Comment ça se passait à l'école quand vous étiez petite ?
- J'apprenais pas très bien.
- Pourquoi ?
- Parce que ; du reste on n'allait pas toujours à l'école, maman était toute seule, elle nous a mis au travail très jeune, très tôt.
- Comment cela se passait-il quand vous y étiez ?
- Comme tous les enfants, j'apprenais ce qu'on me faisait étudier, lire et écrire, mais le soir quand on arrivait de l'école, nous étions seuls parce que maman travaillait, et alors, j'étais l'aînée : fallait préparer le dîner. Elle me disait : « tu feras ci, tu feras ça, tu prépareras ». Je faisais tout ça...

* *

La relation originale que le psychosomaticien s'efforce d'établir avec son malade n'est pas anodine. Ses effets dynamiques sont tels, parfois, que devant une structure trop fragile il peut être amené à modifier sensiblement cette relation pour l'adapter aux exigences du cas, voire, sans le laisser paraître, à y renoncer.

Nous en avons un exemple probant avec *la deuxième* de nos observations. Il s'agit d'un malade *tuberculeux* victime d'une intoxication médicamenteuse indéterminée, ayant nécessité l'interruption de sa cure en sanatorium, et qu'un centre de rééducation professionnelle adresse à Sainte-Anne, où après avoir subi un examen neurologique il est orienté vers le psychosomaticien.

C'est un homme jeune, mince, les yeux brillants, pauvrement vêtu, et qui donne en entrant les signes d'une certaine agitation.

OBSERVATION N° 2

Monsieur S...

- Mettez-vous à votre aise, asseyez-vous.
- Docteur. Vous dire pourquoi on m'envoie je ne sais absolument rien première des choses. Alors je vais vous raconter : je suis au Centre de Rééducation Professionnelle, je suis malade des poumons et il m'est arrivé une intoxication avec des médicaments j'ai été intoxiqué des pieds à la tête. Dans ce Centre on nous envoie tous les trois mois à la radio et c'est le docteur à la radio, j'ai marqué son nom parce que la mémoire est pas tellement forte malgré tout, j'ai mis ça là, Docteur C... qui m'a dit, j'ai expliqué que j'avais été intoxiqué et que je pouvais plus prendre de médicaments, une fois pour m'arrache une dent... on m'avait prévenu à Lyon il y a des grands professeurs ils m'ont dit on m'avait prévenu et une doctoresse chimiste même, si vous avez des dents malades... j'ai expliqué au docteur que je pouvais pas prendre de médicaments et de là il m'a dit « je vais vous envoyer voir quelqu'un qui trouvera d'où vien ce mal ». Des professeurs à Lyon m'ont dit que ça guérirait pas, j'ai des papiers dans ma serviette, certificats du docteur du sana qu'ils ont dû arrêter tout traitement médicamenteux à cause de ça. De là j'ai dit on m'envoie à Sainte-Anne je me suis dit j'ai donc une autre maladie ailleurs. (*Semblant de liberté gestuelle.*)
- C'est-à-dire ?
- Pourquoi qu'on m'envoie ici.
- A votre avis, pourquoi on vous envoie ici.
- Moi je croyais qu'on allait me faire comme à Lyon, on m'a tellement fait des tests, on me mettait de la strepto dans la peau, du P.A.S., pour voir lequel des médicaments m'intoxiquait, des tests je voulais dire j'en ai tellement eu ça va

comme ça, voilà ma propre pensée. C'est tout ce que je peux vous dire, qu'est-ce que je peux vous dire ?

— Tout ce que vous voulez...

— Oui, à quoi vous avez pensé là ?

— Je ne sais pas qu'est-ce que vous voulez, j'ai pensé que je commence à m'énervé.

— Racontez.

— Je voudrais bien savoir oui franchement.

— Racontez, qu'est-ce qui vous énerve.

— Je ne sais pas, vous seriez à ma place ce serait pareil.

— Essayez de nous le dire.

— Ça je peux rien vous dire, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise.

— Qu'est-ce qui vous énerve, essayez de savoir, vous avez regardé un peu et vous avez eu un moment d'émotion.

— Je ne sais pas, mettez-vous à ma place.

— Je me mets à votre place, dites-moi ce que je ressens.

— C'est difficile à dire.

— Autrement dit ce que vous ressentez.

— Ce que je ressens, je voudrais qu'on me dise exactement ce que je peux avoir ou ce que vous pouvez chercher à savoir.

— Qu'est-ce que je cherche à savoir.

— Je ne sais pas quoi, à voir si je ne suis pas fou ou quoi.

— Pourquoi fou, pourquoi cette idée de fou ?

— Je ne sais pas, écoutez.

(Il a eu un moment émotionnel quand il a eu fini sa tirade et il s'en défend depuis par un système de défense motrice, à savoir qu'il a été obligé de bouger, de changer de place, et même a eu des fibrillations naso-génienues.)

— Vous avez des difficultés de bouger et vous avez même des tremblements.

— C'est ce qui m'est arrivé.

— Vous avez des tremblements d'où ?

— On dirait que ça peut plus sortir comme quand on est en colère.

— Vous sentez que vous êtes en colère.

— Oui je le sens.

— Qu'est-ce qui vous a mis en colère ?

— C'est plutôt marrant cette histoire. Mettez-moi sur la route, dites.

— Si je vous pose des questions vous répondrez à mes questions or c'est pas ça du tout qui m'intéresse, ce qui m'intéresse c'est de savoir comment vous êtes et je le saurais bien mieux en vous laissant faire vous-même. Je ne vous demande rien, je vous dis seulement : continuez.

— Ça nous chamboule.

— Vous êtes chamboulé et en particulier en colère.

— Vous voyez c'est passé je me sens mieux maintenant mais toujours je voudrais bien savoir.

C'est pour vous connaître. Or, de vous laisser tout seul, ça vous a mis en colère et ça me donne des indications sur vous importantes.

Je vais vous dire franchement pourquoi je suis en colère. Je suis en train de me dire : je vais demander au Docteur C..., il aurait pu me dire, me prévenir, ça peut venir du système nerveux. Ça, j'avoue que j'ai un système nerveux assez nerveux. J'ai eu une maladie de nerfs sans être des nerfs, j'ai eu tort de jeter un dossier comme ça, le Docteur S..., c'était un abbé au sana à H..., il m'a dit : mon vieux, t'es un vrai musée, parce que des symptômes j'en ai eu. Alors je vais vous raconter un peu maintenant que mes nerfs sont calmés un peu, mettons...

C'est pas entièrement vrai.

- Je ne sais pas si tout le monde fait comme moi, mais quand on arrive comme ça on s'énerve, qu'est-ce que vous voulez que je vous raconte, ma maladie.

- Le Docteur S... a dit que vous étiez une vraie clinique.

= J'ai eu toutes sortes de maladies. J'ai commencé par perdre mes cheveux, ensuite j'ai eu le pied ici engourdi, depuis j'ai des glandes qui me sont sorties un peu partout, un beau matin je pouvais plus articuler les jambes, qu'est-ce que j'ai encore eu ? C'est comme si qu'il m'aurait manqué des graisseurs aux poignets, j'avais plus la force de tirer les couvertures par exemple. Enfin des symptômes de maladies, je vous dit : j'étais une clinique complète. Tout ça s'est passé presque sans médicaments parce qu'on pouvait plus m'en donner, on me donnait des vitamines B qui sentent mauvais, je ne sais plus ce que c'est, on m'a même arrêté ça parce que ça me donnait de la température et de là ça s'est tiré petit à petit. Question pulmonaire, on a fait un pneumothorax, on a dit : on va arrêter les antibiotiques. Je suis rentré chez moi également pensionné de l'armée. Il y a à peine huit mois, on m'a retiré ma pension on m'a dit... De là, je suis rentré au cours, je suis au cours de dessin industriel, et là toutes les fins de mois on nous envoie à la radio. J'ai vu le Docteur C..., il m'a demandé si ça allait bien, j'ai expliqué le truc de l'intoxication, sans raconter davantage, il m'a dit : vous avez peut-être eu des ennuis. J'ai dit qu'en 40 ma mère s'était fait tuer.

- Comment ?

= Elle s'est fait tuer par les bombardements, j'ai élevé mes trois frères.

- Ça a été du travail.

Du travail pour moi en étant gosse, ensuite je me suis marié, un an après je suis tombé malade, ma femme quinze jours après la même chose, j'ai pas eu de veine. Et maintenant me voilà intoxiqué pour le restant de mes jours, mais ça ça m'est égal parce que pour l'instant ça va bien.

- Vous avez quel âge ?

= Vingt-neuf ans.

En 40 ?

J'avais dix ans.

— Votre mère tuée, où ça ?

- C...

- Vous habitiez C... ?
= Oui.
— Qu'est-ce que vous êtes devenu ?
= Mon père partait travailler le matin et rentrait le soir. J'avais deux frères : un qui avait quatre ans et l'autre une dizaine d'années.
— Vous aviez quel âge ?
= Dix ans.
- Et votre frère ?
= J'avais un frère qui avait douze ans, j'avais un frère de huit ans et le dernier quatre ans, et un plus vieux de treize ans et demi qui travaillait avec mon père, donc j'étais avec les petits frères, j'ai expliqué ça pour dire que j'avais pas eu de veine.
— C'est vous qui vous êtes occupé de vos frères, en quoi ça consistait ?
= Les débarbouiller, faire la cuisine.
— Vous n'alliez pas à l'école ?
= J'y vais maintenant. C'est de là qu'on m'a envoyé ici, je ne vois pas ce que je peux vous dire autre chose, des ennuis, on en a tous, si c'est ça que vous voulez rechercher. Plus maintenant, je touche du bois, pour l'instant ça va très bien, sauf...
— Sauf ?
— Que vous me croyez certainement malade, je ne sais pas, pour me faire venir ici c'est que...
— Pour voir comment est votre personnalité et voir ce qu'il conviendrait de faire pour les difficultés que vous auriez si vous aviez des difficultés, vous aider, en particulier cet état nerveux.
— Je vous dirais franchement que mon père est très nerveux aussi.
- Comment ça ?
— Moi, je suis nerveux, il a fallu qu'on me... mais pour me mettre en colère il en faut quand même. Vous pouvez vous renseigner à l'école où je suis ; moi, je me crois pas nerveux.
- Avec les copains non ?
= Non.
- Et votre père est nerveux ?
— Je me souviens quand on était gosse : quand il se mettait en colère, le jouet qu'on avait il le cassait.
— Comment ça ?
— Si on se faisait mal avec le revolver, il disait : « Plus de revolver », il était cassé.
— Ce n'est pas obligatoirement une preuve de nervosité.
= Sans ça, il était normal, je veux dire nerveux comme ça, après c'est fini.
— Et vous aussi vous vous mettez en colère ?
= Non, parce que moi je suis bien content de mon caractère, parce que je me souviens, il y a quatre ans et demi que je suis marié, mon père se disputait

souvent avec ma mère, moi ça m'est jamais arrivé, je me demande si j'ai jamais dit « tu m'ennuies », donc je me crois pas nerveux, voilà.

— Comment ça se passe avec votre femme ?

— Avec ma femme tout va très bien, pour l'instant toujours.

— Vous avez été malade peu de temps après votre mariage ?

— Un an après, mais je souffrais depuis cinq ans.

— De quoi ?

— Des douleurs, des douleurs, et quatre mois avant de faire des hémoptysies j'ai été voir un spécialiste de la colonne vertébrale, il m'a dit : « Mon vieux, vous êtes encroûté », je faisais le chauffeur, il m'a dit faut aller à la piscine, faut faire du sport. Oui, mais c'est les poumons qu'allaient plutôt mal. Je sais même plus où j'en suis, je perds les pédales.

J'ai été malade cinq ans sans savoir que j'étais tuberculeux, j'ai des dossiers qui peuvent vous le prouver. J'ai passé à la radio donc, tous les ans image thoracique normale, et j'ai un autre papier qui prouve qu'en 51 j'avais un infiltrat du lobe supérieur droit qui était caché par quoi je n'en sais rien, cette radio est passée inaperçue et voilà, je vous dis ça encore pour vous dire les ennuis que j'ai pu avoir. J'ai travaillé quatre-cinq ans. Dès que je fatiguais de trop, j'avais des douleurs qui revenaient, j'allais en vacances, je me reposais, je me sentais bien, j'allais voir des docteurs : douleurs intercostales, même un m'a fait porter des semelles plantaires, tout un tas de trucs. J'en ai vu de toutes sortes voilà et j'arrive là j'en vois encore, attention vous vexez pas mais je me demande où...

— Pourquoi dites-vous : « Ne vous vexez pas » ?

— Parce que j'en ai tellement vu des docteurs, des médicaments, à la fin j'ai dit les docteurs j'irai plus les voir, j'en avais marre marre, et la dernière fois que j'ai passé à la radio dans ce camion du bâtiment, je voulais pas y passer tellement j'étais en colère... parce que ça fait quatre ans que je me plaignais que j'ai des points dans le dos et vous trouvez pas ce que c'est, il m'a envoyé à un spécialiste de la colonne vertébrale qui m'a fait aller à la piscine pour vous dire, et j'ai craché le sang. Je me suis marié pensant rien avoir et pour vous dire comment j'avais une radio de 51 que j'avais quelque chose un jour on était parti dans le Nord et en revenant ça me donne mal dans le côté, un gars qui était tuberculeux me dit : c'est pas bon, faudrait passer une radio, à ce dispensaire, ils m'avaient passé à la radio ; une doctoresse m'a dit : vous avez rien aux poumons, ce sont des douleurs, vous êtes trop nerveux, vous buvez trop de café. J'ai dit ça fait rien, je veux passer une grande radio, elle dit c'est inutile, j'ai dit passez-la quand même, elle m'a envoyé place des Vosges, résultat non non vous n'avez rien aux poumons, c'est des douleurs intercostales, si ça ne va pas, revenez me voir. Le jour où j'ai craché le sang, le lendemain je suis retourné travailler, je croyais que c'était un petit vaisseau, je suis retourné au dispensaire, la journée du lendemain je me suis mis à cracher du sang, à ce dispensaire je leur ai dit voilà j'ai craché du sang, ils m'ont dit vous avez un dossier ici, oui je me souviens je suis venu en 51, on va voir votre dossier, je raconte... depuis je lui dis il y a quatre mois j'ai passé une radio, j'avais rien aux poumons. Il m'a passé la radio et m'a dit

allez vous asseoir, j'ai vu mon dossier arriver et peut-être une seconde après le docteur s'est mis à crier au voleur et les infirmières qui se regardaient, qu'est-ce qu'il lui prend, j'ai pensé c'est-y que je serais malade ou quoi tout le monde se serait dit la même chose, j'ai raconté ça au docteur du sana, il m'a dit... quand ma radio est arrivée il m'a dit je vais rien te cacher, t'étais tuberculeux à cette époque-là, vous voyez j'en ai passé des radios. Ça c'est peut-être en dehors de votre sujet.

— Pourquoi dites-vous cela ?

— Je voudrais bien savoir ce que vous voulez savoir.

— Votre mère, vous vous en souvenez ?

— Oui, je m'en souviens.

— Vous vous souvenez de quoi, comment était-elle ?

— Laissons-la tranquille ! où elle est ! (*Il est soudain ému et pleure.*)

· Et votre père ?

— Ça énerve quand même.

— Vous vivez avec qui maintenant ?

— Maintenant, je suis marié.

— Vous avez des enfants ?

— Non.

· Vous avez l'intention d'en avoir ?

— Non.

— Pourquoi ?

— Parce que j'ai été malade et ma femme aussi.

— Qu'est-ce qu'elle a eu ?

· Pareil.

· Où est-ce qu'elle en est ?

— Elle travaille, ça va.

· Et vous ?

— Un an après, je rentrais chez moi. Ça va très bien, je me sens très bien. Les débuts, ça a été dur de refaire par exemple la journée complète quand j'ai retravaillé à l'école, mais maintenant ça va bien, si le voulais le soir à 10 h, je suis encore comme la matin, mais ça a été assez long à revenir, j'ai été deux ans en repos.

— Qu'est-ce que vous avez eu encore comme maladie ?

— Jamais de maladie vénérienne, jamais rien de tout ça si vous voulez en venir là.

— Non, je ne voulais pas en venir là.

— Comme ça c'est coupé au court.

Jamais d'autre maladie. A part qu'on m'a dite que j'avais une scoliose, c'était certainement le poumon qui me donnait ces douleurs. Un truc que j'ai maintenant : j'ai une température vraiment basse.

— C'est-à-dire ?

— C'est-à-dire, le matin, j'ai facilement 36°2.

- Au point de vue digestif, comment ça va ?
- J'ai eu mal à l'estomac, je ne sais pas, quelques heures après avoir mangé ça me réveillait, j'avais tous les symptômes d'un ulcère, j'ai été voir mon docteur qu'a dit : « Tu fais partie des gars qu'ont pas beaucoup de veine. » Des fois, je me souviens, ça m'est arrivé tous les deux ans... Ça serait peut-être bien un petit ulcère qui se promènerait, alors j'ai mangé du ragoût exprès, j'ai dit je vais bien voir si c'est ça... comme ça je voulais être sûr de moi pour pas avoir encore à courir les hôpitaux ; tout ça, deux jours après ça s'est passé. Le foie, un truc qui est bizarre, une intoxication vient du foie normalement, à Lyon j'ai été avec les malades du foie, je buvais de l'eau moi aussi, d'ailleurs ça me gêne pas beaucoup de boire de l'eau et le docteur a dit ce petit gars-là a besoin de se remonter il faut lui donner son quart de vin et je rigole parce que les gars à côté qui étaient là pour ça ils étaient malades de me voir avec ce vin... j'ai une maladie de foie sans être malade du foie. C'est un professeur du foie et de l'estomac qui m'a ordonné de boire du vin et tout et tout c'est lui qui m'a dit faut boire du vin, donc si j'avais quelque chose au foie il m'aurait pas laissé boire de vin.
- Vous avez des maux de tête quelquefois ?
- Ça arrive comme tout le monde si je reste la nuque au soleil, ça arrive, c'est rare, quand même. J'ai passé cinq-six mois sans avoir mal à la tête. Là, on vient de passer deux jours et demi d'examen...
- Vous n'avez jamais eu d'asthme ?
- Non, mais pour en revenir à Lyon, on me disait que c'était comme de l'asthme, mais j'ai jamais eu d'asthme, c'était de l'eczéma, ils appelaient ça eczéma.
- Et au point de vue rénal ?
- Ça va ; au début, à l'hôpital, j'avais pas l'habitude d'être couché, j'avais mal un peu.
- Alors comment ça se passe maintenant, avec nous ?
- Maintenant, ça va mieux quand même enfin, c'est-à-dire j'attends toujours à la conclusion, je ne sais pas. (*Les fibrillations ont disparu. Il change souvent d'attitude, passe une jambe sur le bras de son fauteuil.*)
- J'attends à la conclusion ?
- Oui, j'attends la fin, je voudrais savoir ce qui en est, ce que vous pensez faire, ce que vous pensez que j'ai tout du moins.
- Qu'est-ce que vous pensez de ce qui se passe ici ?
- J'aurais du mal à vous dire ce que je peux penser parce que je ne vois vraiment pas.
- Je vous ai dit pourtant tout à l'heure, je vous ai donné un certain nombre d'indications sur ce que nous faisons en vous examinant.
- J'y suis plus.
- Je me souviens plus de ce que vous m'avez dit. Vous essayer de trouver ce que j'ai. Je sais que je peux plus prendre de médicaments, et d'après le Docteur C... il m'a dit : « On doit trouver à quoi vous êtes allergique », et je pensais c'est pour ça qu'on m'a envoyé ici.

- Cette intoxication s'est traduite comment ?
- Elle est arrivée comment, vous voulez dire ? En sanatorium, j'ai eu de la température qui est venue d'un seul coup, ça allait pourtant bien, eh bien ! ça a duré... ça a monté à 40 et il y a que la cortisone, on m'en donnait un cachet toutes les deux heures pendant deux-trois mois, et par la suite il est revenu d'autres symptômes, j'ai perdu mes cheveux, on m'a dit que c'était nerveux, les nerfs qu'on peut pas faire fonctionner soi-même les nerfs moteurs, d'un seul coup je pouvais plus... ça se coïncait.
- Vous m'avez montré vos mains pourquoi ?
- Parce que j'ai pelé : j'ai les marques et depuis je tremble, depuis que j'ai été intoxiqué, c'est parce que en général je tremble, je ne vois pas.
- Eh bien, je pense que vous n'avez pas à poursuivre avec nous et qu'on va vous laisser repartir dans vos foyers sans intervenir parce que tout ça s'équilibre sans qu'on ait à participer.
- A votre avis ?
- A mon avis, votre personnalité, avec tous les systèmes qu'elle utilise, est équilibrée et nous n'avons pas à y pénétrer. M. C... vous avait adressé à nous pour qu'on voit quelle était la structure de votre personnalité et pour voir s'il y avait à faire quelque chose, et je pense que nous n'avons pas à faire quelque chose de spécial. Vous n'avez qu'à continuer votre travail et votre vie normale.
- Merci, docteur, j'aime mieux ça quand même, parce que si j'avais encore eu autre chose ; je me disais : pourquoi qu'il m'envoie à Sainte-Anne, ça fait bizarre cet hôpital-là, c'est risible, mais moi je vous avoue franchement, j'ai pas osé le dire dans mon quartier, ç'aurait été un autre hôpital ça n'aurait pas été pareil, c'est pour ça que j'étais très énervé. Il y a que les fous qui se fâchent, mais c'est ça qui m'avait mis en colère qu'on m'envoie à Sainte-Anne.
- Pourquoi doutez-vous de votre état d'esprit ?
- Je ne sais pas pourquoi le Docteur C... m'a envoyé ici.
- Vous voyez, il y a tout un tas de choses, il s'agit d'apprécier votre état nerveux sans que pour ça ça implique que vous ayez la moindre difficulté au point de vue mental.
- J'en rigolais, mais j'en rigolais plutôt mal, je ne sais pas.
- Et maintenant ?
- Maintenant, tous les gars à l'école ils vont attendre le résultat.
- Ils savent que vous être venu ?
- Je l'ai dit à l'école, mais je ne sais pas, j'ai été voir mon père dimanche, j'aurais pas osé lui dire que j'allais passer une visite à Sainte-Anne, il aurait dit qu'est-ce qu'il a encore, mais entre copains, c'est peut-être risible.
- Comment vous sentez-vous ?
- Je me sens mieux, parce que vous avez dit que ça allait comme ça.
- Comment vous sentez-vous ?
- Je me disais tout à l'heure : qu'est-ce que je peux avoir, qu'est-ce que je vais avoir comme traitement, je pense que je venais pour cette allergie ; à Lyon, ils m'ont dit : n'allez pas voir de charlatans, ils vous guériront pas. Là, j'ai dit

je vais y aller parce que j'ai dit plus tard peut-être que je le regretterais... si j'avais été l'autre jour on m'aurait peut-être dit ce que c'était. Maintenant, je vois.

— Il n'y a rien à faire de plus. Ça va bien autrement ?

— Ça va autrement, la tête un peu dure quand même, je suis à l'école, mon niveau était vraiment bas, faut que je travaille dur pour suivre les autres. Le dessin industriel, faut connaître le tour, fraisage, ils sont bien avantagés. Il faut que je travaille dur, les autres ont de l'avance sur moi.

— Qu'est-ce que vous avez l'intention de faire ?

— Si j'arrive à avoir ce brevet de dessin, de travailler dans un bureau de dessin, dessin mécanique, c'est pas un gros brevet, mais reprendre un camion, je peux pas.

— Ça vous plaît le dessin ?

— Oui.

— C'est vous qui avez choisi ?

— Oui. Ils ont eu du mal à accepter avec mon niveau d'entrée.

— Vous trouverez une place facilement ?

— Oui, ils nous placent. Je vous dirais franchement si c'est ça que vous recherchez, je n'en ai vraiment pas surtout question d'argent, ma femme travaille, elle est secrétaire chez Chrysler, elle gagne 70.000 francs par mois. Moi, on m'en donne 44. Je suis logé parfaitement, tout meublé, donc pas de soucis, j'en ai eu mais j'en ai plus.

— Tout est bien.

— Je m'excuse quand même de m'avoir un peu énervé tout à l'heure.

* *

Dans notre *troisième* observation apparaît de façon, nous semble-t-il, très démonstrative, l'incidence d'une situation conflictuelle particulièrement tendue sur des phénomènes douloureux post-traumatiques. Si cette incidence se révèle si directe et si forte, c'est que ce malade ne possède aucune superstructure psychonévrotique défensive et que ses blessures constituent dès lors, en quelque sorte, un point d'appel immédiat pour sa tension émotionnelle et affective.

N'aurait-il subi aucun traumatisme physique, que ce sujet ne serait peut-être jamais devenu un malade psychosomatique, mais le fait est que les conséquences douloureuses de ses blessures s'inscrivent dans une structure qui n'est ni névrotique, ni psychotique, ni toxicomaniaque, ni non plus évoluée et stabilisée à un niveau supérieur d'adaptation. Elles sont investies sur un mode qu'il est permis d'envisager comme psychosomatique.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, grand, massif, qui se présente d'emblée sous des dehors bourrus et avec une culture un peu fruste.

OBSERVATION N° 3

Monsieur B...

— Asseyez-vous.

== Merci.

— Je vous écoute.

== Je voudrais savoir en quoi ça consiste, pourquoi que je suis venu ici.

— C'est vous qui allez me l'apprendre.

== Pour blessure de guerre ou pour question de vie, je ne sais pas.

— Qu'est-ce que vous voulez dire, blessure de guerre ou question de vie ?

== Simplement je voudrais savoir si je viens, comme j'étais à l'annexe, si c'est au sujet de mes blessures, je sais pas pourquoi que je suis ici.

— Vos blessures ?

== J'ai été blessé en Indochine le... 1946 par une rafale de mitrailleuse, calibre 7,7. Ensuite, une fois blessé, j'ai été à l'hôpital de X..., à 5 km de Saïgon, on m'a soigné, on m'a extrait mes balles : deux, ensuite on m'a envoyé en France à l'Hôpital Sainte-Anne à Toulon, on m'a gardé en observation quinze jours. On m'a dit si j'ai un hôpital militaire chez moi, l'hôpital de Dijon, on m'a dirigé sur l'hôpital de Dijon, on m'a extrait les deux autres balles, ensuite on m'a mis le bras dans le plâtre — du bras jusque-là —, je suis allé en convalescence chez moi et puis je suis retourné à l'hôpital X..., à Lyon, et on m'a renvoyé en convalescence chez moi, j'ai eu une sympathectomie dorsale opérée à Dijon par le Docteur F. L..., ensuite j'ai repris mon travail, ça fait un an que j'ai été opéré, j'ai vu le Docteur X..., médecin-chef de la Sécurité sociale, qui passe la visite de tous les employés à la Maison... 37, avenue de l'O... On m'a conseillé de me faire amputer le cinquième doigt et moi comme j'ai vu pas mal d'interventions et on m'a dit : « Je te conseille pas, tu peux avoir des douleurs ensuite ». Je suis allé voir le Docteur Z... qui m'a conseillé d'aller voir le Docteur P..., et le Docteur P... m'a envoyé ici au Docteur T... J'ai une douleur à l'épaule qu'est pas toujours atroce, mais quand le temps change des fois, il fait froid, ça augmente, je me demande des fois s'il y avait quelque chose pour me guérir.

— Ce n'est pas toujours atroce.

== Ah non ! c'est par moments. J'ai mal à l'épaule et le petit doigt qui me cuit.

— Si ce n'est pas trop atroce, pourquoi courez-vous les médecins et les hôpitaux ?

== Parce que quand je travaille, des moments ça me prend, pas longtemps, mais lorsque ça me prend ça me fait souffrir. J'ai vu des médecins ; ils m'ont dit : « Je peux plus rien pour toi, je vais t'envoyer voir T... », c'est pourquoi je suis venu.

— Quand vous travaillez, c'est-à-dire ?

== On travaille et du travail assez pénible, on fait assez de mouvements de flexion, mais lorsque j'ai fait dix heures, je rentre, je peux plus, je fais cinq

heures comme il faut et puis on me donne des cachets. J'ai été un an tranquille depuis mon intervention l'année dernière.

— Vous avez été un an tranquille ?

— Oui.

— Et puis ça vous a repris quand ?

— Ça va faire quatorze jours que je suis ici, ça m'a repris il y a une vingtaine de jours.

— Pourquoi avez-vous regardé votre montre ?

— Parce que c'est les jours, ma montre marque les jours, c'est pour me rappeler.

— Ça vous a repris quand les douleurs ?

— Quand je suis venu ici ; déjà ce matin ça m'a pris un peu jusqu'au-dessus de l'épaule.

— D'après ce que j'ai compris, vous avez eu il y a quelque temps une nouvelle poussée de douleurs vous ayant conduit à consulter de nouveau ; cette nouvelle poussée a commencé quand ?

— Quand je suis arrivé ici, ça me faisait déjà mal avant de venir, ça fait quatorze jours que je suis ici ; ce matin, ça m'a repris.

— Quand ça vous a repris ? Avant de rentrer à l'hôpital ?

— Il y a une vingtaine de jours.

— Vous vous souvenez quand il y a une vingtaine de jours ?

— Je souffrais il y a une vingtaine de jours et en venant à l'hôpital — on dirait c'est comme un fait exprès (*sourit*) — quand je suis venu à l'hôpital, je souffrais plus et puis ce matin ça m'a repris. Je suis obligé d'arrêter.

— D'arrêter quoi ?

— De travailler.

— Qu'est-ce que vous faites ?

— Je fais de la manutention, je prépare des succursales des Docks de B..., boulevard de... Je fais beaucoup de manutention. C'est tout.

— Et vous travaillez là depuis quand ?

— J'ai changé, j'ai été quatre ans aux... 36, avenue de l'O..., et maintenant je suis chez un patron. Là, ça va faire quinze jours que j'ai été là, le docteur...

— Comment ça ? ça fait quinze jours ?

— Evidemment, ça fait quatorze jours que je suis ici et au quinzième jour je travaillais là-bas, ça fait donc quinze jours que j'étais boulevard V... (*sur un ton agacé*).

— C'est dans ce nouveau travail que vos douleurs ont repris, longtemps après ?

— Dix jours après ; au bout du dixième jour.

— Comment il est ce travail ?

— De la manutention, c'est une chaîne qui descend rapidement, il faut empiler les caisses : cinq en long, huit en travers... à empiler, à charger sur un plateau... de temps en temps, tout ce qui est alimentation, des commandes pour les succursales.

- Comment trouvez-vous ce travail ?
- Moi, ça me plaît, quand je travaille et que tout va bien, mais quand j'ai mal je suis obligé d'arrêter.
- Ça vous plaît ?
- Oui, la manutention ça fait beaucoup d'exercice et pour moi c'est ce qu'il faut, vis-à-vis de ma... ça me plaît parce que je remue beaucoup, si je restais inactif, je crois que je pourrais plus bouger, je dis que les exercices me font du bien.
- Vous en savez des choses !
- Vis-à-vis de moi, je sais ce qui me fait du bien et ce qui peut me faire du mal.
(Large sourire.)
- Qu'est-ce qui peut vous faire du mal ?
- Si je remue beaucoup, ça va ; si je remue pas, il semble que je suis ankylosé.
- Qu'est-ce que vous faisiez en Indochine ?
- J'aime pas bien parler de ça, je veux pas parler de la guerre, c'est impossible, j'en ai trop vu, je ne peux pas parler de guerre, non je ne peux pas.
- Qu'est-ce que vous voulez dire « je ne peux pas » ?
- J'ai trop vu de choses, j'aime pas raconter ça, j'y tiens pas.
- « J'ai trop vu de choses » ?
- La guerre, je ne peux pas en parler, ça m'est impossible de parler de guerre, j'y tiens pas.
- Qu'est-ce qui se produirait si vous en parliez ?
- C'est pas beau à raconter.
- « C'est pas beau à raconter », vous n'y êtes pour rien.
- D'accord, mais je n'aime pas parler de la guerre. Je l'ai faite, ça suffit.
- Vous n'en parlez jamais ?
- Jamais, j'aime pas.
- Vous ne racontez pas à vos amis ce que vous avez fait pendant la guerre ?
- Ça les regarde pas, je garde ce que j'ai fait pour moi, j'ai pas à raconter à mes voisins et à mes parents. A quoi ça sert de parler de la guerre ?
- Ça se fait pourtant.
- Eh bien ! moi je peux pas, pas plus à mes camarades qu'à mes parents.
- Qu'est-ce que ça produit quand vous le faites ?
- J'ai jamais rien raconté à ce sujet-là.
- Il y a beaucoup de choses comme ça que vous gardez pour vous ?
- Oui, beaucoup.
- Quoi d'autre par exemple ?
- Docteur, je dis encore une fois je ne répète à personne, je garde tout pour moi.
- Quoi d'autre en dehors de la guerre ?
- A part la guerre, tout va bien ; question de vie civile, j'étais pas malheureux ; quand les boches sont venus évidemment, on n'a pas été heureux.
- Tout va bien en dehors de la guerre ?
- A part la guerre, tout a très bien été dans le civil, oui, docteur.

- C'est-à-dire, qu'est-ce que c'est tout ?
- Pour moi, la vie de civil c'est impeccable, mais d'avoir fait la guerre ça m'a pas arrangé.
- Pourquoi vous n'êtes pas resté dans le civil ?
- Ça, je peux pas vous le dire.
- Vous gardez tout pour vous, vous ne pouvez pas le dire, pourquoi ?
- Non, c'est impossible.
- Qu'est-ce que vous avez regardé ?
- Je regarde écrire.
- Et alors ?
- Question guerre, question civile, je répète, j'ai été heureux ; dès qu'il y a eu les boches, j'étais pas heureux.
- Où étiez-vous à ce moment-là ?
- Ça, je veux pas le dire, je le garde.
- Vous aviez quel âge ?
- Seize ans et demi.
- Si vous gardez pour vous quand il y a eu les boches et que vous aviez seize ans et demi à la fin de la guerre...
- J'ai été au maquis, j'ai resté cinq ans dans l'armée ; à vingt-deux ans, je suis rentré blessé.
- Et vous avez maintenant ?
- Trente-trois ans.
- Quelle idée si ça vous déplaisait de vous faire militaire.
- Ça c'est autre chose. De l'armée, je ne veux pas en parler, pas plus que de la guerre.
- Il ne s'agit pas d'en parler, il s'agit de savoir pourquoi vous êtes rentré dans l'armée.
- Il faut absolument que je le dise ?
- Non, vous pouvez faire ce que vous voulez, le dire ou ne pas le dire, vous pouvez même vous lever et partir, mais si vous êtes ici, c'est que cela a un certain intérêt pour vous, cela a un intérêt de le connaître et de...
- Si c'est une question de santé, je vais vous l'expliquer. Lorsque j'ai eu seize ans, lorsque les boches sont venus, il y a eu un couvre-feu le soir à partir de 19 heures, pas de rassemblement. Mon père se trouvait à passer, il allait au lait pour les petits frères qui avaient six mois ; les boches, comme des sauvages, j'ai une rancune puisqu'il faut le dire je le dirai, ils se sont jetés dessus, ils se sont mis à taper sur mon père, ensuite mon père, il est mort. On trouvait pas beaucoup de travail en France à ce moment-là, ma mère est restée toute seule, on était sept garçons, pas de filles.
- Vous êtes lequel des sept ?
- Je suis le deuxième, le premier a trente-six ans, mon frère s'est engagé aussi en Angleterre, j'ai été... ma mère a perdu son mari qui est mon père, un petit frère de six mois, ça n'arrange pas une mère et ça m'arrangeait pas, et pas

de travail en France, fallait de l'argent pour mes parents, la nourriture avec la carte, bref c'était la guerre. Quand j'ai vu ça, pas de travail, je me suis logé dans le maquis ; une fois que j'ai été au maquis, j'étais volontaire pour toutes les missions qu'il y avait, les plus dures j'y suis allé. De là, le Docteur X..., de Dijon, qui était colonel, il a dit : « Est-ce que tu signes pour continuer l'Alsace et l'Allemagne ? » J'ai signé, je suis allé en Alsace, en Allemagne, de là on demandait des volontaires pour partir au Japon, d'accord, j'ai signé, j'ai gagné de l'argent pour aider ma mère et mon petit frère, et dans l'intervalle cette fichue bombe atomique que les Américains ont lancée à Hiroshima et la guerre s'est terminée. On m'a demandé : « Est-ce que vous voulez continuer pour aller en Extrême-Orient ? », mon commandant, je vais réfléchir, de là j'ai dit faut que je continue, le premier débarquement ça a été à X..., des attaques de bandits, j'appelle pas ça la guerre, de voir ça ça n'arrange pas un homme, c'était une guerre de... j'appelle ça des bourreaux, on n'a pas de nom à donner à ces gens-là. Après, j'ai fait le Laos et puis le Tonkin, j'ai été blessé le 4 février 1946, c'est là que je suis allé à l'hôpital de..., à côté de Saïgon, on m'a rapatrié à l'hôpital Sainte-Anne à Toulon, là on m'a extrait deux balles, puis j'ai été à l'hôpital militaire de Dijon, c'est là qu'ils m'ont extrait les deux autres balles puisque j'en avais quatre, et là on m'a envoyé à Lyon. J'ai beaucoup souffert en Indochine.

— Souffert de ?

— Moralement évidemment, mon père mort, mon frère en Angleterre quatre ans sans nouvelles, moi je me suis engagé, pas d'argent, voilà ce qui m'a poussé à faire ça.

— Ça ne vous plaisait pas ?

— Ah non, ça n'intéresse personne de faire la guerre, surtout moi, ah non ! v'la la question, j'ai beaucoup souffert en Indochine, j'ai pas peur de le dire, aussi bien blessure évidemment que moral.

Quand on est jeune, on est un peu vif ; ça serait aujourd'hui, je m'engagerais pas.

— S'il fallait de l'argent ?

— Je travaillerais.

— Il n'y avait pas de travail.

— Je m'aurais engagé évidemment. C'est des mauvais moments à passer, c'est passé, c'est fini, on en parle plus.

— Vous êtes le deuxième de sept garçons ?

— Oui, docteur.

— A quoi pensez-vous ?

— Je regarde le docteur, j'attends.

— Vous attendez quoi ?

— Que vous me posiez des questions.

— J'aimerais mieux ne pas vous en poser.

— J'ai plus rien à déclarer, c'est tout.

— Vous dites : « J'ai plus rien à déclarer », comme si j'étais un supérieur hiérarchique ou un douanier, comme s'il y a avait des choses à déclarer.

- Je ne sais pas, j'ai raconté ce que j'avais à raconter, j'ai plus rien à dire, je peux pas inventer, je peux pas dire des choses qui n'ont pas existé.
- Il y a peut-être d'autres choses qui sont vraies et que vous pouvez dire.
- J'ai plus rien à dire.
- Essayez de parler de vous en dehors de toute histoire de guerre.
- Ma vie privée ?
Non, je garde ça pour moi. Une vie de garçon comme tout le monde quoi, le cinéma, le bal avec les femmes, oui, d'accord, pourquoi pas, parce que c'est pas...
- Je ne vous ai jamais dit que c'était pas bien.
- Ma vie de garçon comme tout le monde la fait, c'est tout.
- Qu'est-ce qui vous fait sourire ?
- De raconter ça !
 - Pourquoi ça vous fait sourire ? A quoi pensez-vous en ce moment ?
- Je regarde ce qu'on écrit, c'est peut-être un bien.
- Pourquoi ?
- Pour moi.
- Pourquoi, c'est peut-être un bien pour vous ?
- Peut-être pour une question de santé.
- Quel rapport cela peut avoir avec votre santé ?
- Question moral des fois, je sais pas. Comme vous êtes docteur, d'après les renseignements recueillis...
- Vous pensez que votre moral influe sur la santé ?
- Je pense que lorsqu'on a un bon moral tout va bien, lorsqu'on a un mauvais moral ça va pas si bien. Toute personne qui a un mauvais moral, on a le goût de rien.
- Vous avez dit deux choses très importantes : quand on a un bon moral, tout va bien, même au point de vue de la santé physique, et que d'autre part tout à l'heure, il y avait besoin d'une activité intense pour être bien. Comment faites-vous pour savoir tout ça ?
- C'est-à-dire, c'est-à-dire, à force de voir des docteurs, je commence à savoir ce qu'il faut que je fasse ; par exemple, pour mon bras, on m'a dit : si vous faites un peu d'exercice, j'ai joué au foot, j'amaï ça, j'estime quand j'ai beaucoup d'activité pour moi je me ressens de rien, ça va.
- Je pense que ce ne sont pas les docteurs, et que c'est vous qui sentez.
- En moi-même, je le reconnais, je vois ce qui peut me faire du bien ou du mal, si je reste inactif ça va pas si bien que si j'ai beaucoup de mouvement. Je pourrais faire de la gymnastique, je sens que ça me ferait du bien, ça me développe. Si je force trop, évidemment, je pourrais arriver à avoir mal. Mais je pense, quand il y a beaucoup d'activité, comme ça on oublie son mal et ça va bien. Faut toujours que je suis occupé ça va, si je ne suis pas occupé ça va pas.
- Qu'est-ce qui se passe, si vous n'êtes pas occupé ?
- Je m'ennuierais.

- En quoi ça consiste ?
- == En moi-même, je peux pas dire, je m'ennuie pourquoi ? J'ai pas à m'ennuyer, il y a pas de raison, je suis pas cafardeux. Des fois, on a un peu d'ennui, de souci évidemment.
- Un peu d'ennui, un peu de souci ?
- == Je suis marié, docteur.
- Vous êtes marié ?
- == J'ai sept enfants : quatre filles et trois garçons. Aussi j'aime mieux aller travailler, ça fait quatorze jours que je suis là, qu'est-ce qu'on m'a fait ? Rien du tout ; j'ai du souci d'avoir laissé ma femme et mes enfants, j'ai pas le type j'menfoutiste.
- Vous n'êtes pas j'menfoutiste ?
- == Non, j'en suis loin, j'ai hâte qu'on me fasse quelque chose pour que je puisse retourner chez moi, bien sûr j'ai des nouvelles, mais j'aime bien être là.
- Pourquoi ?
- == C'est normal d'être vers sa femme et ses enfants.
- Et en dehors du fait que c'est normal.
- == Voir ma femme et mes enfants ?
- Pourquoi vous aimez ça ?
- == Parce que ça me plaît, je suis heureux. Elle peut pas venir me voir, je commence à trouver le temps long. Je voudrais qu'on me fasse quelque chose, oui ou non, je ne sais pas moi.
- Quand vous n'avez pas d'activité, vous avez tendance à vous faire davantage de souci ?
- == Chez moi, je ne m'ennuie pas, il n'y a pas de raison.
- Il y a des choses qui se passent sans raison.
- == Moi, je m'occupe de ma femme et mes enfants, je m'occupe pas de ce qui se passe dehors, je m'occupe pas de l'opinion aux alentours, si je souffre pas, je suis avec ma femme et mes enfants, je suis heureux ; là, ici, je commence, je trouve le temps long.
- Le souci, ça consiste en quoi ?
- == Ça consiste à me fatiguer beaucoup et à me faire des cheveux blancs.
- Je ne comprends pas.
- == Je voudrais qu'on active un peu et que je puisse partir le plus vite possible.
- Quand vous êtes inactif, vous n'aimez pas ça ?
- == A l'hôpital encore bien moins, être enfermé, moi il me faut de l'air, j'ai jamais été enfermé, toujours dehors. Comme s'il fallait que je reste sur une chaise une journée de temps, ça c'est pas un médicament pour moi, pour moi c'est le travail quand je souffre pas.
- Vous avez toujours été comme ça ?
- == Toujours, oui.
- Quand vous étiez petit ?
- == Ça dépend, à partir de quel âge ?

- Racontez-moi tout ça.
- = A partir de quel âge ? A un mois, je ne me suis pas vu. Vous dire depuis la naissance, les premiers jours, je ne sais pas.
- Racontez quand même.
- = Je n'ai rien à raconter puisque je vous ai dit tout à l'heure que dans le civil, à part les boches et la guerre, tout allait bien, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus.
- Comment ça se passait quand vous étiez petit ?
- = Ça se passe que je suis élevé maintenant. (*Marques d'émotion.*)
- Qu'est-ce qui vous émeut ?
- = En quoi ça consiste de me questionner comme ça ?
- Vous m'envoyez ballader.
- = Ah non, docteur, pourquoi, ça servirait à rien.
- Mais servir, pas servir, pourquoi...
- = Vous me demandez quand j'étais petit, que voulez-vous que je vous raconte ?
- Comment ça se passait.
- = C'était bien, dans la vie civile ça va.
- Je ne veux pas de généralités.
- = Tout va bien, je suis là. (*Irritation soudaine.*)
- Qu'est ce qui vous met en colère ?
- = Je n'ai plus rien à dire, c'est tout. Je ne peux pas vous répondre.
- Qu'est-ce qui vous a mis en colère ?
- = Je vous ai dit ce que j'avais à dire, c'est tout.
- Il y a des moments où vous avez l'air content et d'autres pas du tout.
- = Vous me questionnez ceci, cela.
- C'est vraisemblablement parce que cela a un certain intérêt.
- = En étant petit, j'étais à l'école, ensuite je me suis engagé à seize ans, c'est tout. J'ai poussé comme un gosse doit pousser, c'est tout.
- Comment ça se passait chez vous quand vous étiez petit ?
- = Question de vie ?
- Tout ça, oui.
- = Mon père travaillait.
- Qu'est-ce qu'il faisait ?
- = Il était charretier, il avait deux chevaux.
- A son compte ?
- = Oui, ça c'est bien. Quand il est mort, tout a changé.
- Comment il était votre père ?
- = Costaud, brun, un homme assez trapu.
- Enfin, sur un autre plan avec vous.
- = C'est un homme qu'était nerveux mais pas méchant.

- C'est-à-dire nerveux ?
- Un peu mon genre. Je tiendrais pas de mon père si j'y étais pas.
- Nerveux en quoi, par exemple ?
- S'il y a une chose qui ne va pas, on s'énerve.
- Comme tout à l'heure après moi ?
- Exactement. Docteur, pourquoi me demander tout ça, le train de vie, j'estime que c'est des opinions personnelles qu'on doit garder, j'aime pas raconter ce qui se passe, je vous le dis à vous parce que vous êtes docteur, je suis obligé de m'incliner.
- Vous n'êtes pas obligé de raconter. Il aimait pas raconter non plus votre père ?
- Exactement comme moi, il gardait tout pour lui. (*Emotion.*)
- Qu'est-ce qui vous émeut ?
- Rien, j'écoute.
- Vous êtes content de ressembler à votre père ?
- Pourquoi pas ! Je suis le même sang.
- Ça pourrait vous plaire ou vous déplaire.
- C'est quand même mon père.
- C'est pas forcé que ça plaise pour ça.
- Ses parents c'est tout.
- Il y a des gens à qui le père déplaît.
- C'est pas moi. J'aimais aussi bien mon père que ma mère, il y a pas de raison.
- Et votre mère, comment était-elle ?
- Ma mère ? C'est une femme comme tout le monde.
- En dehors du fait qu'elle était comme tout le monde, elle était comment en particulier ?
- On vient de parler de mon père, maintenant vous me demandez pour ma mère, je saisis très bien.
- Et alors ?
- Je n'ai rien à dire sur ma mère.
- Comment est-elle ?
- Elle est forte, costaud, une belle femme entre parenthèses. (*Mimique évoquant une représentation.*)
- Qu'est-ce que vous avez vu ?
- Non non, c'est de me questionner là-dessus.
- Il y a une image qui est passée, il y a une image de votre mère qui est passée.
- Parce que j'ai fait un signe d'œil, vous vous êtes figuré...
- Vous venez de me dire : elle est forte, c'est une belle femme entre parenthèses, c'est tout.
- J'ai pensé à autre chose, je vois l'image de ma mère comme si elle était là parce qu'on en parle.
- Vous la voyez comment ?
- Je la vois chez moi, je la vois pas là, j'y pense.

- Vous la voyez chez vous maintenant ou avant ?
- Je la vois chez moi des fois, j'y pense tous les jours, c'est même pas des fois, c'est tous les jours, ma mère c'est ma mère.
- Encore une fois, c'est pas une raison.
- Pour moi, c'est pas le cas.
- Comment était-elle avec vous ?
- Elle était gentille, elle nous traitait à sa façon, fallait écouter c'est tout, martyriser jamais.
- Quand on écoutait pas ?
- Une petite fessée de temps en temps. (*Sourire.*)
- Ça n'a pas l'air de vous déplaire.
- Non du tout, j'estime qu'elle avait raison.
- Comment ça se passait avec toute cette armée d'enfants ?
- Ils nous ont élevés comme ils ont pu, il y avait pas d'allocations familiales, mon père faisait des heures pour pouvoir nous élever, on était pas malheureux, il travaillait ; à ce moment-là, il y avait du travail.
- Et alors vous maintenant... Qu'est-ce qui vous émeut là ?
- De vous raconter tout ça.
- Vous n'en avez jamais tant dit !
- Non, c'est vrai, vous êtes le seul à le savoir, je n'ai jamais rien raconté.
- Est-ce que ça vous embête ?
- Non, ça me fait du bien, ça soulage quand même. Il y a des choses qu'on doit pas raconter, mais vous êtes docteur.
- Ça vous met en colère sur le moment et après vous êtes bien content.
- C'est vrai, comme si je disais au docteur, racontez-moi votre vie, vous êtes le seul avec les alentours qui le savent, c'est tout. Quand on est renfermé, on souffre bien plus, c'est vrai.
- Pourquoi ne sortez-vous pas plus ?
- Maintenant, c'est fini.
- A vous écouter, vous n'aviez rien à dire dès le départ.
- Maintenant, je vous ai tout dit.
- Non. Comment ça se passe vous avec notre famille ?
- Ça va, je me plains pas, j'ai tout ce qu'il me faut, je suis bien mieux, vous pouvez prendre des renseignements, au contraire, ça me ferait même plaisir.
- ...
- On voit des ménages, c'est un fouillis ; chez moi, une chose doit être là, c'est là, c'est pas ici, j'ai un bon foyer. Question finance, ça tourne bien ; les premiers temps, évidemment, comme tout le monde faut tirer un peu sur le portefeuille, faut se priver un peu, mais maintenant je suis heureux.
- Et votre femme ?
- Ma femme, elle a les cheveux clairs, une belle femme entre parenthèses.
- C'est toujours entre parenthèses les belles femmes ! Et comme caractère.
- Elle est impeccable, la seule chose, c'est qu'elle est un peu jalouse.

- C'est-à-dire une chose qui doit être là doit être là et pas là, et elle est là quelquefois ?
- Faut la mettre à la place.
- Elle est jalouse ?
- Vous voyez bien sur certains points, faudrait pas qu'elle me trouve dans les bras d'une autre femme.
- Qu'est-ce qui se passerait ?
- Je ne sais pas, il n'y a que ma femme qui peut le dire, je crois que ça ferait pas du beau.
- Mais elle ne vous y trouve pas.
- Je ne crois pas.
- Vous êtes bien placé pour le savoir.
- Pourquoi j'irais ?
- C'est vous qui en avez parlé.
- Vous me questionnez, je réponds.
- Vos enfants ?
- Ça va, je vous remercie, ça pousse comme des champignons.
- Comment sont-ils ?
- Ils sont bien portants, la plus grande elle a onze ans, la fille a onze ans, après c'est un garçon, ils se suivent à un an d'intervalle les quatre premiers, et après deux ans d'intervalle les autres ; ils sont jolis, de beaux gosses.
- Qu'est-ce qu'ils font ?
- A l'école.
- Qu'est-ce qu'ils feront après ?
- En revenant, il y a les devoirs.
- Plus tard.
- Je ne peux pas le dire. Pour le moment, je ne peux rien dire. Je vais voir ça une fois la première communion, on jugera d'après ce qu'ils savent faire, on jugera ça plus tard, pour le moment je peux rien dire.
- Comment ça se passe dans la famille avec sept enfants ?
- Ça va très bien, ça se passe même très bien.
- Avec sept enfants, il doit tout de même y avoir des difficultés.
- Non, monsieur, pas chez nous, j'ai pas peur.
- Vous n'avez pas peur. Les enfants ça va pas très bien toujours.
- Ils ne sont jamais malades, ils ont bon appétit, ils se portent bien, je demande pas l'impossible.
- Et de caractère ?
- Ils sont comme des gosses, comme des enfants, que voulez-vous que je vous dise. Ils sont pas méchants, ils sont pas insupportables, évidemment de temps en temps il faut qu'ils s'amuse.
- Vous les laissez s'amuser ? Vous leur donnez beaucoup de liberté ?
- Pas beaucoup non, je voudrais pas qu'ils s'amuse avec n'importe qui. Ils s'amuse dans la cour, c'est un grand parc, ils peuvent s'amuser au foot, ils

sont très bien et ils s'amuse^{nt} là, le jeudi et le dimanche ils vont à la messe et au catéchisme.

Vous avez été à l'école jusqu'à quel âge ?

Treize ans.

Vous avez eu le certificat d'études ?

Non.

Comment ça se passait à l'école ?

Ça allait.

Vous travailliez bien ?

Des jours bien, des jours mal.

Si vous aviez passé le certificat d'études, vous auriez été reçu ?

Je crois que oui. (*Mimique évoquant un fantasma.*)

Vous venez de penser à quelque chose.

Non, pas du tout.

Vous n'aimez pas que je vous surprenne !

Non, non.

Quand vous étiez petit, vous aviez l'intention de faire quoi plus tard ?

Ça dépend à partir de quel âge ?

Selon les âges.

Ah ! j'avais aucune intention, je ne voyais pas moi-même. Je voulais apprendre un métier comme tout le monde, à ce moment-là on pouvait pas puisque mon père est mort.

Est-ce que vous rêvez la nuit ?

Non, docteur, toute la nuit je ne rêve pas.

La nuit, vous ne rêvez pas ?

Non, là-dessus non.

Vous ne vous souvenez pas d'un seul rêve que vous avez fait dans votre vie ?

Non, je ne suis pas un type à rêver.

Qu'est-ce que vous pensez de tout ce qui s'est passé depuis que vous êtes là ?

Je me dis c'est peut-être un bien pour moi, ça m'a toujours bien soulagé parce que ça faisait un petit poids là puisque je vous l'ai dit quand on garde ça depuis des années ça soulage.

Quoi en particulier qui faisait un petit poids ?

Premièrement, la mort de mon père, voir ma mère toute seule, des fois on me questionnait : « Ah ! mais non mesdames, ça va s'arranger », je gardais tout pour moi. Je suis un gars qui est renfermé. Celui qui est renfermé souffre plus que celui qui l'est pas.

Ça vous a soulagé ?

Oui, ça m'a fait du bien.

Pourquoi ça vous a mis en colère un moment donné ?

Parce que les malheurs de l'un guérissent pas celui de l'autre. J'aime pas raconter, c'est net ça.

- Vous n'aimez pas raconter, vous dites ça avec le sourire.
 - = Je n'aime pas raconter ma vie quoi !
 - En permanence, vous avez été tantôt mécontent et tantôt ravi.
 - = Parce que ça m'a soulagé, mais j'hésitais à le dire, je voulais même pas le dire, j'ai dit qu'est-ce qu'il faut que je fasse, faut que je le dise ou pas.
 - Qu'est-ce qui vous décidait à le dire ?
 - = Parce que vous êtes docteur et je pense que ça fera du bien.
 - Vous avez dit tout à l'heure que vous aimeriez même que je prenne des renseignements sur la façon dont c'était tenu chez vous...
 - = Que vous ne le croyiez pas.
 - Vous voudriez que j'y aille ?
 - = Ça me ferait rien.
 - Quand je vous ai demandé des nouvelles des enfants, vous avez dit...
 - = Parce que ça va. Question de vie, c'est impeccable chez moi, j'ai pas à me plaindre.
 - Dans ces deux cas-là, vous étiez très content de parler avec moi.
 - = Oui, ça change les idées et je ne m'ennuie pas pendant ce temps-là.
 - Depuis que vous êtes là, comment ça s'est passé votre douleur ?
 - = Ici, je suis bien, vous m'avez parlé, j'avais mal depuis ce matin.
 - Ça à l'air d'être un bon truc de parler avec moi.
 - = Ma foi, oui.
-

CONCLUSIONS

I. — Si empirique que soit leur tendance d'esprit, les médecins confrontés avec les problèmes psychosomatiques, théoriques ou cliniques, obéissent à une attitude conceptuelle indépendante de l'observation des faits qui infléchit les investigations qui les concernent et souvent prédétermine leur explication. D'où la nécessité d'un examen critique, d'une mise en question des présupposés et des préjugés divers qui influent sur la recherche psychosomatique. De nombreux auteurs, d'orientations très diverses, s'accordent pour reconnaître l'importance des difficultés conceptuelles dans ce domaine.

II. — Il importe de souligner la singularité de la condition épistémologique du psychosomaticien. La relation établie entre la symptomatologie observée et l'intentionnalité qui s'y trouve liée, est ici indirecte et hétérogène. La méconnaissance de la nature particulière de cette relation entraîne tantôt vers les écueils du psychologisme, tantôt vers ceux du parallélisme psycho-physiologique, quand ce n'est pas vers un organicisme fermé. De toute manière, il ne suffit pas de remarquer l'orientation dynamique immanente aux troubles psychosomatiques pour les situer adéquatement ; il faut encore tenter de spécifier la nature du vecteur en cause, ce qui ne peut se faire sans attribuer aux phénomènes leur niveau d'intentionnalité propre.

A cette fin, il paraît nécessaire de réserver à la notion de conversion sa valeur d'articulation entre les divers ordres de faits que l'on rencontre en clinique psychosomatique.

III. — Dans l'effort accompli pour concilier l'exigence d'une définition serrée des phénomènes psychosomatiques avec le respect de leur diversité, il est fréquent de voir achopper sur ce qu'on pourrait appeler le dilemme nosographique : y a-t-il des maladies psychosomatiques auxquelles il faut réserver une place à part dans la nosographie ou bien doit-on faire droit à un concept psychosomatique de la maladie elle-même ?

Il nous a semblé que ce dilemme n'était qu'un faux problème, lié à une attitude conceptuelle imprégnée de dualisme et d'un mode de pensée étiologique tout spontané mais sommaire. (« Chose, cause : ce fut jadis le même mot. Rien de plus humain, rien de plus significatif, que de dire de quoi que ce soit : c'est une cause », écrit VALÉRY.)

En se référant à la nature de la relation entre situation conflictuelle et maladie, un plan de clivage est trouvé qui permet d'admettre à la fois la notion d'affections psychosomatiques spécifiques (mais en concevant cette spécificité bien plus comme une spécificité de niveau que comme une spécificité sémiologique ou étiologique) et un concept psychosomatique de la maladie.

IV. — Si le problème de l'extension du domaine psychosomatique gravite autour du dilemme nosographique, le problème du sens de l'approche psychosomatique — ou, si l'on préfère, en termes de logique, celui de la compréhension du concept de psychosomaticité — gravite, lui, sans plus de fondement d'ailleurs, autour du dilemme étiologique : organogénèse ou psychogénèse. Ce dilemme se révèle à l'examen, comme précédemment, lié à une attitude conceptuelle imprégnée des structures du sens commun.

Du schéma étiologique classique à son renversement pur et simple — tel qu'on a cru un temps pouvoir s'en satisfaire — puis au recours à la multidétermination, on ne constate que difficultés et qu'échecs à rendre compte du fait psychosomatique.

Ni la distinction entre la pathogénie de la maladie posée comme psychosomatique et son étiologie posée comme organique, qui aboutit à une conception épiphénoméniste de la dimension intentionnelle des troubles psychosomatiques (H. EY), ni l'utilisation de la conception gestaltiste, qui n'empêche pas de retomber sur les insuffisances de la multidétermination (A. SEGUIN), ne fournissent une solution satisfaisante.

L'alignement des phénomènes psychosomatiques sur les symptômes de conversion, la conversion étant comprise comme une fusion du signifiant et du signifié (PARCHEMINEY), bien que témoignant d'une plus grande fidélité à l'expérience et à l'intuition cliniques, ne peut non plus être avalisé.

A l'origine de ces erreurs ou de ces insuffisances, il semble que l'on puisse déceler des fautes méthodologiques de base, ou des partis-pris doctrinaux.

V. — Une mise entre parenthèses des *a priori* notionnels qui les détermine devrait permettre de dépasser non pas tant le dualisme que

l'attitude mentale elle-même qui conduit à poser le problème psychosomatique en termes d'organogénèse et de psychogénèse.

Une libre communication avec le donné clinique psychosomatique, dans ce qu'il peut avoir de moins ambigu, inciterait à reconnaître une dimension irréductible où règne une unité indissociable, que seule une perspective génétique rend intelligible.

En rapportant le désordre envisagé à son âge d'organisation, et corrélativement à son lieu de manifestation (humoral, viscéral, sensori-moteur), il devient possible en effet d'échapper aux pseudo-problèmes où une attitude conceptuelle figée s'enlise.

VI. — Si l'on adopte le point de vue génétique, reconnaissant une succession de niveaux d'organisation psychosomatique répondant au développement de l'individu depuis son origine en liaison avec les divers états énergétiques et dynamiques qui y correspondent, on est induit à concevoir tout un vaste secteur de la pathologie selon un axe organisateur autorisant le rapprochement d'affections en apparence très différentes, permettant de préciser ce qui les distingue, et de comprendre leurs nombreux tableaux de transition.

Un spectre psychosomatique se trouve par là défini qui va, du point de vue descriptif, du niveau où manifestation somatique et intentionnalité (le langage oblige à recourir à des termes qui portent la marque de structures logiques, ici impropres à l'objet) sont littéralement fusionnées, jusqu'à celui où la symptomatologie organique a une valeur symbolique directe par rapport au contenu psychique.

VII. — Par là, on aperçoit peut-être comment pourrait être élaborée, du point de vue psychosomatique, une nosographie dynamique originale où les références et les signes s'accorderaient à la richesse expressive de l'organisme comme totalité. Il y serait notamment fait état des correspondances entre les divers syndromes somatiques et l'état du moi.

VIII. — L'appréhension de la dimension psychosomatique, longtemps gênée par des habitudes conceptuelles inadéquates, n'est pas le fait d'une conception théorique, mais de l'expérience clinique. Seulement cette expérience n'est possible, semble-t-il, qu'une fois la disponibilité mentale nécessaire acquise et à condition de suivre une méthode d'investigation qui rende possible l'émergence de la dimension en cause.

Cette méthode, qui est inspirée de la technique analytique, n'en est pas le décalque. Son mode d'application est assez large, mais il s'agit toujours d'apprécier la relation d'objet du malade dans ses

modalités propres et ses fluctuations significatives. Les éléments anamnestiques qu'elle fournit en outre, n'ont toute leur valeur en effet que rapportés aux données transférentielles : on aura pu en voir quelques illustrations dans la deuxième partie de ce travail.

IX. — Enfin le poids des préjugés n'est pas seulement sensible au stade de l'investigation : il joue un rôle important dans la façon de concevoir et d'administrer la thérapeutique. Le psychosomaticien n'en est pas lui-même préservé : devant telle ou telle difficulté, ne le voit-on pas souvent se replier sur de tranquilles positions organicistes.

Mais surtout la tendance à réduire l'action du psychosomaticien au simple fignotage d'un programme classique, là où elle constitue la base même de l'organisation thérapeutique, est la marque d'une réticence dont l'incompréhension est la clé.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALEXANDER (F.). — La médecine psychosomatique. (Payot, 1952.)
- DELAY (J.). — Etudes de psychologie médicale. Chapitre x. (P.U.F., 1953.)
— Perspectives psychosomatiques. (*La Presse Médicale*, octobre 1960, n° 44.)
- DEUTSCH (F.). — The associative anamnesis. (*Psych. Quarterly*, 1939, vol. VIII, pp. 354-389.)
- EY (H.). — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Psychiatrie), 1955, t. II, 37.400 A10.
— Introduction au livre cité ci-dessous de J.-P. VALABREGA.
- GIOVACCHINI (P.L.). — The ego and the psychosomatic state. (*Psychosom. Med.*, mai-juin 1959.)
- GOLDSTEIN (K.). — La structure de l'organisme. (N.R.F., 1951.)
- GRINKER (R.R.) et ROBBINS (F.P.). — Cliniques psychosomatiques. (P.U.F., 1959.)
- MARTY (P.) et FAIN (M.). — Psychanalyse et médecine psychosomatique. (*La Psychanalyse d'Aujourd'hui*, P.U.F., 1956, t. II, pp. 449-571.)
- MUZAN (M.). — Thérapeutique psychosomatique. (*Encycl. Méd.-Chir. [Psych.]*, 1959, t. II, 37.492 A10.)
- NACHT (S.). — Introduction à la médecine psychosomatique. (*De la Pratique à la Théorie analytique*, P.U.F., 1950, chap. v.)
- PARCHEMINEY (G.). — Critique de la notion de conversion. (*Evol. Psych.*, 1949, pp. 45-58.)
— Le problème du psychosomatisme. (*Revue Française de Psychanal.*, 1948, n° 2.)
- SEGUIN (A.). — Introduction à la médecine psychosomatique. (L'Arche, 1950.)
- VALABREGA (J.-P.). — Les théories psychosomatiques. (P.U.F., 1954.)
- WITTKOWER et CLEGHORN. — Recent developments in psychosom. medicine. (London, Pitman and Son, 1954, pp. 3-28.)

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1961
